

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

475

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 18 Juillet 1904, à 1 heure

PAR

Charles FLAMAND,

Ancien externe des hôpitaux de Paris
et de la Clinique d'Accouchements Baudelocque,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DU DIAGNOSTIC DE L'HYDROCÉPHALIE

PAR LE PALPER

PENDANT LA GROSSESSE & LE TRAVAIL

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : { M. KIRMISSON, *professeur.*
MM. LEPAGE, WALLICH, *agregés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. DEBOVE.
Professeurs.	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	{ BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale.	
Clinique médicale	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	{ LANDOUZY.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	TILLAX.
Clinique chirurgicale	{ LE DENTU.
	{ TERRIER.
	{ BERGER.
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Cliniques d'accouchements	{ BUDIN.
	{ PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des
ACHARD.	FAURE.	LEGUEU.	travaux anatom.).
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEPAGE.	TEISSIER.
BESANÇON.	TOURETTE.	MARION.	THIERY.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BROCA Augusto.	GOUGET.	MERY.	THOINOT.
BROCA André.	GUIART.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	REMY.	WALLICH.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALTHER.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DESGREZ.	LAUNOIS.		WURTZ.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ QUÉNU,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

MONSIEUR LE DOCTEUR MERKLEN,
Médecin de l'hôpital Laënnec.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR AGRÉGÉ BRUN,
Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARDIÈRE,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANCHER,
Professeur de clinique des Maladies infantiles,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MÉRY,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

MONSIEUR LE DOCTEUR KLIPPEL,
Médecin de l'hôpital Tenon.

Hommage de respect et de reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD,

Professeur de clinique obstétricale.

Membre de l'Académie de Médecine.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Nous n'avons pas voulu dans cette thèse entreprendre sur l'hydrocéphalie une étude générale. Celle-ci a été faite de main de maître, d'une façon à la fois brillante et complète pour l'époque où elle a paru par A. HERRGOTT dans sa thèse d'agrégation. : *Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement.* (Paris, 1878).

Ce même sujet a été repris avec moins d'ampleur par POULLET : *De l'hydrocéphalie fœtale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement.* (Thèse d'agrégation de Paris 1880.)

Enfin dans ces dernières années, le docteur SERGENT, sous l'inspiration de M. le Professeur Pinard en a fait une mise au point excellente : (Thèse de Paris — 1896-1897.)

Cependant, si l'on rencontre très peu de documents nouveaux à apporter à cette étude, l'un de ses chapitres nous a paru assez important pour être repris avec tous les détails qu'il peut comporter : nous voulons parler

du diagnostic de l'hydrocéphalie fait pendant le cours de la grossesse ou même du travail.

* Nous nous efforcerons donc, d'une part, de montrer combien il est utile au praticien de ne pas laisser méconnue une grossesse hydrocéphalique, combien souvent une telle méprise a causé la mort de la mère.

D'autre part nous chercherons à retracer d'une façon aussi complète que possible l'évolution qu'a fait dans la voie du diagnostic la science obstétricale. Nous montrerons tout l'avantage du *palper* comme moyen pratique et sûr de déceler cette malformation.

Nous prouverons, par les observations que nous rapportons :

1° Combien cette méthode l'emporte en facilité et en simplicité sur la plupart des méthodes autres, telles que le toucher et l'auscultation, que seuls employaient les maîtres du début du 19^e siècle.

2° Combien par cette méthode systématiquement et méthodiquement appliquée, le diagnostic devient moins difficile.

3° Enfin, combien le pronostic maternel de cette malformation fœtale est modifié par un diagnostic précoce.

Cette thèse gravite donc entière autour du palper. C'est dire combien elle est l'œuvre de notre maître M. le Professeur Pinard ; aussi nous permettra-t-il de la lui dédier comme une chose sienne. Qu'il reçoive en même temps l'assurance de notre grande reconnaissance pour la doc-

trine simple, vraie et pratique dont il nous a imprégné pendant plus d'une année que nous avons passée auprès de lui. Qu'il nous permette également de le remercier ici de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée pendant notre séjour dans son service.

GÉNÉRALITÉS

L'hydrocéphalie est l'accumulation anormale et exagérée d'une quantité plus ou moins grande de liquide séreux dans la cavité crânienne. De ce fait résulte l'augmentation du volume de la tête et par conséquent une cause de dystocie, le plus souvent considérable.

Fréquence.

La *fréquence* de cette anomalie a été assez diversement évaluée par les différents auteurs de statistiques.

Madame de Lachapelle en rencontre 15 cas sur 43,553 observations, soit une proportion de 1 hydrocéphale sur 2900 accouchements.

En Angleterre, les statistiques de Ramsbotham et de Mac Donald donnent à peu près la même proportion : 1 pour 3000.

En Allemagne, Merrimann indique le chiffre beaucoup plus fort de 1 pour 1000.

Charpentier eut l'occasion d'observer 11 hydrocéphalies sur 3000 accouchements, ce qui représente la proportion énorme de 1 fœtus hydrocéphale sur 273.

D'après les statistiques de la Clinique Baudelocque on en rencontre 1 pour 4000.

On adopte généralement en France la proportion de 1 hydrocéphale sur 3000 nouveau-nés.

L'hydrocéphalie congénitale est donc assez rare et il est évident que beaucoup de praticiens n'auront pas l'occasion d'en observer. Cependant le *pronostic* en est si grave pour la mère, alors que cette malformation est méconnue, qu'elle acquiert de ce fait une importance capitale.

L'hydrocéphalie est une des causes les plus fréquentes des ruptures utérines.

En effet l'hydrocéphalie est une des causes les plus fréquentes de *ruptures de l'utérus*. D'après la thèse de Keitk, d'Edimbourg, cette complication a été rencontrée 16 fois sur 74 cas d'hydrocéphalies : soit dans 21 0/0 des cas.

Holl, Schuchard et Veit sur 159 cas observés ont vu 21 fois se produire la rupture utérine ce qui représente une proportion de 13 0/0.

Dans les 106 observations rapportées par Poulet dans sa thèse d'agrégation on en trouve 17 : soit 16 o/o.

On sait combien sombre est le pronostic maternel de ces ruptures. Il est juste de dire qu'aujourd'hui la rupture de l'utérus n'entraîne plus fatalement la mort de la mère. Et si, dans toute la littérature obstétricale, on ne peut en rencontrer, avant 1880, qu'un seul cas ayant abouti à la guérison, il n'en est plus de même actuellement. Dans bien des cas, une intervention rapide pourra conjurer le danger.

C'est ainsi que dans sa thèse de 1890 sur « les ruptures de l'utérus pendant le travail » Brossard, donne les chiffres suivants : 75 o/o de mortalité, d'après Garrigues, et 53 o/o seulement d'après Krouer. Dans son cours d'accouchements le professeur Gaulard de Lille, rapporte avoir pratiqué la laparotomie dans 38 cas de ruptures utérines et en avoir obtenu 26 fois la guérison. Ces résultats sont évidemment forts beaux, mais s'ils peuvent être obtenus dans les maternités et dans les hôpitaux où l'accoucheur et le chirurgien ont sous la main tout le nécessaire pour une intervention rapide, il n'en est pas de même dans la pratique journalière. Dans ces conditions, non seulement le praticien peut se trouver dans l'impossibilité absolue de pratiquer la laparotomie faute de matériel ou d'installation propice ; mais de plus, bien souvent il est appelé trop tard, alors que l'état de la parturiente est trop précaire pour qu'une intervention parfois longue et difficile puisse être tentée.

Ce n'est pas tout : combien de fois a-t-on observé de ces cas de ruptures utérines insidieux où seul l'arrêt du travail et l'accélération du pouls peuvent et doivent faire porter à l'accoucheur le diagnostic de cet accident. Dans bien des cas, aucune douleur, aucun malaise n'est ressenti par la femme pendant un temps relativement long ; cependant, le sang coule, s'épanche dans la cavité abdominale, et n'apparaît que tardivement à la vulve.

Ces ruptures insidieuses sont fréquentes dans les cas d'hydrocéphalie, témoin cette observation de Benkiser et Hofmeier, que nous rapportons ici, (Obs. I et fig.), dans laquelle aucun indice ne vient mettre l'accoucheur sur la voie du diagnostic du vivant de la femme.

Nous comprenons d'ailleurs, dans l'hydrocéphalie mieux que dans toute autre cause de rupture utérine, pourquoi cet accident peut ne se révéler par aucun symptôme bruyant. Simpson compare la tête hydrocéphale à une vessie pleine d'eau, transmettant également dans toutes les directions les pressions que le liquide supporte. Le col ne s'ouvrant pas, ce sont les parties molles qui fatalement vont céder, si la pression est suffisante et dure assez longtemps. Le segment inférieur se distend lentement et progressivement jusqu'à concurrence d'une minceur extrême. Lorsqu'il aura atteint l'épaisseur d'une simple membrane, il est aisé de comprendre qu'une nouvelle augmentation de

la pression intra-utérine, quoique très faible, sera la goutte d'eau qui fait déborder le vase, elle suffira à amener la rupture. Or, une rupture, faite dans de telles conditions de lenteur et de douceur pour ainsi dire, débutant par une simple fissure qui va s'agrandissant à chaque nouvelle contraction, une telle rupture ne se révélera pas par des symptômes brusques et alarmants. D'autant plus que ces ruptures se produisent souvent à une période avancée du travail, alors que l'utérus épuisé par de longs et inutiles efforts ne se contracte plus que faiblement.

Les déchirures s'étendent transversalement ou surtout longitudinalement vers le segment inférieur et quelquefois vers le corps de l'utérus. Elles siègent de préférence sur l'une des faces antérieure ou postérieure de l'organe.

On observe presque exclusivement ces ruptures dans les présentations du sommet et de l'épaule. Sur les 17 cas réunis dans la thèse de Poulet 15 fois la rupture était due à une présentation du sommet, 2 fois de l'épaule. En effet cet accident est dû à la non dilatation du col, sur lequel aucune partie fœtale ne vient appuyer, non plus que la poche des eaux, dont on a observé la rupture précoce ou prématurée dans la plupart des cas. Or, dans la présentation du siège le même danger n'existe pas, le pôle fœtal appuyant d'autant plus fortement sur le segment inférieur, que le fond de

l'utérus rencontre dans la tête hypertrophiée un point d'appui plus large.

Accidents autres que la rupture utérine observés chez la mère dans les cas d'hydrocéphalie.

Cependant si aucun danger ne menace la mère du fait de la rupture utérine, des accidents graves peuvent néanmoins survenir, occasionnés par des tractions immodérées sur le corps du fœtus. On a observé dans ces cas des *eschares* dues à la compression des parties molles maternelles, des *infections* de la cavité utérine, qui reste béante parfois pendant de longues heures, avant que l'extraction de la tête fœtale ait pu être pratiquée. Outre cette large voie d'accès ouverte aux agents pathogènes, cette infection reconnaît encore comme origine les manœuvres intempestives et répétées, qu'en l'absence de diagnostic exact le médecin ou la sage-femme auront pratiquées ; or les parties maternelles ainsi traumatisées résisteront mal à l'infection.

Celle-ci sera de plus favorisée par l'état de la mère qu'un travail long et pénible aura épuisée et qui offrira de la sorte à l'infection un terrain pour ainsi dire sans défense.

D'autres accidents ont encore été signalés chez des femmes accouchées de fœtus hydrocéphales : témoin

cette observation (1) de Colombe, chef de clinique de Dubois, où une femme fut du fait de son accouchement atteinte d'une *fistule vésico-vaginale*, qu'elle conserva de longues années. Témoin encore cette autre observation (2) de Depaul qui observa la *rupture des vésicules pulmonaires* chez une femme, à la suite des efforts considérables qu'elle fit pour expulser un fœtus hydrocéphale.

Parmi tous ces accidents, les ruptures de l'utérus sont incontestablement les plus graves et les plus fréquents. Leur aspect clinique est des plus variés. Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'en rapporter ici quelques cas des plus typiques, ainsi que la reproduction d'une planche fort intéressante de l'atlas de Hoffmeier et Benkiser (3), représentant la section d'un utérus gravide, contenant un fœtus hydrocéphale.

**Le diagnostic précoce de l'hydrocéphalie modifie
entièrement son pronostic maternel.**

Nous avons vu tout le danger que court la mère dans ces cas d'hydrocéphalie, alors que le diagnostic n'en a

(1) Thèse d'agrégation de A. HERRGOTT, 1878, Paris.

(2) *Eodem loco*.

(3) BENKISER et HOFMEIER. — *Beiträge zur anatomie des Schwangeren und Kreissenden utérus*, N° 8617.



pas été porté. Or, à ce tableau, d'un si noir pronostic nous voudrions opposer un autre tableau, celui des cas où le diagnostic a été fait pendant la grossesse ou même au début du travail. Ces cas ne sont pas encore fort nombreux, nous en rapportons néanmoins ici dix-sept. Dans tous ces cas, une intervention tempes-
tive et rationnelle a permis de procéder à l'expulsion du fœtus sans aucun danger pour la mère et avec le minimum de traumatisme et de souffrances pour elle.

DIAGNOSTIC

Jusqu'en 1878 le diagnostic d'hydrocéphalie est considéré par presque tous les auteurs comme impossible dans la plupart des cas.

HISTORIQUE. — L'hydrocéphalie semble être restée assez longtemps ignorée des accoucheurs, du moins comme entité morbide. Elle était, comme tant d'autres affections congénitales, classée au nombre des monstruosités, sans étiquette spéciale.

La première observation est celle d'un français : DE LA MOTTE, qui publie dans son *Traité complet des Accouchements*, 1721, un cas d'hydrocéphalie observé en 1704. L'accouchement fut fort pénible, mais aucune intervention ne fut pratiquée.

En 1771, SMELLIE dans son *Traité de la pratique des accouchements*, Tome III, rapporte le fait d'un fœtus hydrocéphale dont l'extraction fut impossible. Il

perfora alors cette tête volumineuse avec la pointe de ses ciseaux, un flot de liquide s'écoula et l'expulsion s'en suivit sans difficulté.

En 1827, DUGÈS, dans les *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, publie un travail complet sur cette affection, qui selon lui ne peut être diagnostiquée qu'à une période avancée du travail.

En 1864, CHASSINAT, fait paraître dans la *Gazette médicale de Paris* une série d'articles sur « l'hydrocéphalie du fœtus considérée comme obstacle à l'accouchement ».

Cet auteur commence à entrevoir la possibilité du diagnostic de l'hydrocéphalie. Pour lui certains signes pourront mettre le clinicien sur la voie du diagnostic, c'est ainsi que le *toucher*, la *marche de l'accouchement*, pourront donner d'utiles renseignements. Il insiste particulièrement sur le *volume et l'aspect du ventre* qui « peut être de quelque utilité et mérite d'être pris en considération; car dans les cas de ce genre, dit-il, cas très difficiles, rien ne devant être rejeté, il sera sage de ne pas négliger cet examen comme pouvant fournir au diagnostic quelques données, qui réunies à d'autres, pourront avoir une certaine valeur que seules elles ne sauraient avoir. »

Cependant, d'une façon générale, Chassinat considère l'hydrocéphalie comme très difficile à déceler et que sa méconnaissance est la règle.

Tous les auteurs sont donc, jusqu'en 1864, una-

nimes à admettre que, hormis un certain nombre de cas à physionomie spéciale, le diagnostic de l'hydrocéphalie avant l'accouchement est impossible.

Cependant parmi eux, une voix s'élève, entièrement discordante d'avec les leurs, c'est celle de BAUDELOCQUE. Pour lui le diagnostic d'hydrocéphalie doit être porté pendant la grossesse et pendant le travail. « Il est facile, dit-il, de reconnaître cette maladie à l'état des sutures et des fontanelles, celles-ci dépassent parfois la largeur du creux de la main et celles-là l'étendue d'un travers de doigt et même de deux. Les os du crâne sont en outre beaucoup plus minces et plus souples qu'à l'état naturel, surtout vers les bords. La tête, qui est molle, se durcit pendant la douleur, comme le fait la poche des eaux avant qu'elle soit ouverte, et se détend après cet instant. Ces signes sont tellement apparents au toucher, qu'ils ne peuvent être méconnus, même des jeunes praticiens. »

Cependant nous ne voyons pas, ni les élèves, ni les successeurs de ce maître éminent en l'art de palper, confirmer par la suite la doctrine de Baudelocque. Ce fait s'explique aisément : si pour lui l'exploration du contenu utérin par le toucher et le palper conservait peu de secrets, il n'avait pas réglementé et vulgarisé sa méthode.

EN 1860, TARNIER, dans sa thèse de concours : *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire*, estime que le diagnostic de l'hydrocéphalie peut être

porté pendant la grossesse. Quelques années plus tard, en 1868, il eut en effet l'occasion de faire par le palper, dans son service, le diagnostic d'un cas d'hydrocéphalie, et depuis ce moment il diagnostiqua par le même moyen tous les cas d'hydrocéphalie qu'il eut à observer, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail.

En 1878, la question fut proposée comme sujet de concours pour l'agrégation. Elle fut pour la première fois traitée d'une façon complète par A. HERRGOTT, dans sa Thèse sur *Les maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement*.

Pour cet auteur le diagnostic de l'hydrocéphalie est « parfois » possible, alors que la tête est arrêtée au détroit supérieur. Dans ces cas le palper doit donner l'éveil, le toucher doit confirmer. Mais le palper seul paraît jouir d'assez peu de crédit auprès de Herrgott, à tel point qu'il nie que par ce moyen d'investigation seul, le diagnostic soit possible dans les présentations du siège.

« Les moyens, dit-il, qui nous permettront d'arriver à reconnaître l'existence de la distension de la boîte crânienne, sont malheureusement encore moins nets dans les présentations du siège.

« L'interrogatoire et la vue ne nous donneront que des renseignements peu précis. Le palper seul pourra dans quelques cas, faire constater l'existence de cette maladie.

« Mais ces données sont plutôt théoriques, car il ne

nous a pas été donné de trouver une observation dans laquelle le diagnostic put être posé, pendant la grossesse, grâce à ce moyen d'investigation.

« Cependant, si en trouvant le siège au niveau du détroit supérieur, on trouve dans le fond de l'utérus une tumeur plus ou moins dure, d'un volume plus considérable que celui que présente normalement l'extrémité céphalique, l'accoucheur pourra et devra penser à la possibilité d'une hydrocéphalie. Mais, par suite de la distension de la cavité utérine, le palper sera rendu très difficile et les sensations qu'il percevra seront en général assez obscures.

« L'auscultation ne pourra pas non plus être d'une grande utilité. Les doubles battements s'entendront comme normalement, alors que l'on a affaire à une présentation du siège.

« Si cette partie fœtale n'est pas engagée on les percevra au niveau ou un peu au-dessus de l'ombilic. Cependant, grâce aux travaux du Docteur Ribemont sur la situation exacte du cœur du fœtus, on pourra, en comparant la distance qui existe entre l'extrémité inférieure du fœtus et son extrémité céphalique, arriver à trouver quelques données qui pourront avoir leur importance.

« Dans ces cas, le maximum des bruits du cœur ne sera plus perçu dans une région située à égale distance des deux extrémités du fœtus, mais dans une région plus près de l'extrémité pelvienne. Cette disproportion

dans ce rapport montrera que l'extrémité supérieure de la tête est plus développée que normalement, et par ce fait l'accoucheur pensera à la possibilité de l'hydrocéphalie.

« Ce n'est donc pas en trouvant les battements fœtaux plus ou moins au-dessus de l'ombilic que l'accoucheur arrivera à son diagnostic, mais en comparant les distances qui existent entre l'extrémité céphalique ou l'extrémité pelvienne et le lieu où s'entendent le mieux les bruits du cœur.

« Le toucher pendant la grossesse ne sera d'aucune utilité au point de vue du diagnostic de l'existence de l'hydrocéphalie.

« On le voit, les moyens qui permettent au médecin de reconnaître cette maladie quand le fœtus se présente par le siège sont peu nombreux, le palper est difficile, l'auscultation ne donne de résultats précis que lorsque la comparaison entre les deux parties fœtales est possible, c'est-à-dire, lorsque le siège n'est pas engagé, ce qui doit certainement se produire plus souvent quand le fœtus est hydrocéphale que normalement, car l'utérus distendu doit, en comprimant l'extrémité supérieure de l'ovoïde fœtal, tendre à faire engager dans l'excavation la région fœtale qui se trouve près d'elle, le siège ; de telle sorte que les éléments qui devraient permettre à l'accoucheur d'établir une comparaison utile au diagnostic, disparaissent.

« Aussi, en présence des difficultés nombreuses qui

empêchent le médecin de faire le diagnostic, ne sera-t-on pas étonné de voir, en lisant les observations qui vont suivre, que, en général, quand l'hydrocéphalie a été reconnue, ce n'était qu'au moment où le tronc venait d'être expulsé.

« La marche de l'accouchement permet seule de poser un diagnostic.

« Elle est normale jusqu'au moment où l'expulsion de la tête doit se produire, le tronc est expulsé comme d'habitude, alors que le bassin est bien conformé. Mais une fois hors des voies génitales, il reste entre les jambes de la femme, le dégagement de la tête est impossible. Le médecin s'efforce d'aller à la recherche du menton, de façon à faciliter un engagement qui ne se fait pas, il recherche l'orifice externe afin de voir si l'arrêt n'est pas dû à une contraction spasmodique, mais le plus souvent ses efforts sont infructueux, la tête est située au-dessus du détroit supérieur et il ne parvient pas à la mobiliser.

« En palpant le ventre à ce moment on trouve l'utérus globuleux, encore très volumineux, bien que le tronc ait été expulsé. L'accoucheur ressentira une sensation analogue à celle qu'il éprouverait en palpant une vessie fortement distendue par un liquide.

« L'arrêt subit de la tête au niveau de l'entrée du bassin, l'existence de cette tumeur arrondie et volumineuse perçue par le palper permettront de diagnostiquer l'hydrocéphalie ». « Dans les 28 observations, rap-

portées dans le mémoire de Chassinat, 17 fois l'hydrocéphalie fut méconnue et cependant, ces différents cas avaient été observés par des accoucheurs des plus distingués.

« Cependant, le toucher, et l'auscultation donneront, je ne dirais pas une certitude absolue, mais une certaine présomption et telle que par le contrôle mutuel de ces différents modes d'investigation, nous pourrions arriver parfois à reconnaître l'hydrocéphalie ; dans d'autres cas au contraire, le diagnostic sera le plus souvent impossible. » Telle était en 1878 la situation exacte du diagnostic de l'hydrocéphalie.

En 1878, paraît la *première édition* du « *Traité* (1) *du Palper abdominal* » de PINARD. Il n'y fait pas mention de l'hydrocéphalie, mais déjà il estime que le palper doit donner des renseignements précieux sur le contenu anormal de l'utérus, quel qu'il soit.

Dès 1889 M. Pinard, dans son « *Traité de palper abdominal* », estime que le diagnostic de l'hydrocéphalie est possible dans le plus grand nombre des cas, grâce au palper.

Mais en 1889, dans la *seconde édition* de son « *Traité du Palper abdominal* », M. Pinard se montre catégorique au sujet du diagnostic de l'hydrocéphalie par le palper. Cette méthode d'exploration lui a en effet per-

mis depuis la publication de la 1^{re} édition, de poser le diagnostic ferme d'hydrocéphalie, dans les cinq cas, qu'il a pu observer. Nous rapportons ici ces observations.

« Le palper, dit-il dans son livre, permet de constater assez facilement, le volume et la consistance de la tête pendant la grossesse et pendant le travail pour que je puisse affirmer que le diagnostic d'hydrocéphalie devra être fait dans tous les cas, excepté quand la tension de la paroi abdominale et l'œdème empêchent d'interroger et d'apprécier le volume de l'utérus.

Si les observations publiées dans ces derniers temps démontrent que le diagnostic de l'hydrocéphalie n'a pas été fait dans la plupart des cas, ou a été fait tardivement, cela tient à ce que le palper était peu connu et surtout peu pratiqué. Or, n'ayant pas la possibilité de reconnaître la situation, l'attitude du fœtus dans la cavité utérine pendant la grossesse, on examinait peu la femme à ce point de vue avant le début du travail. »

De 1889-1898, tous les cas d'hydrocéphalie observés à la Clinique Baudelocque ont été diagnostiqués par le palper.

Dix ans plus tard, en 1898, au Congrès de Moscou, M. Pinard affirmait à nouveau sa confiance en le pal-

per pour reconnaître l'hydrocéphalie pendant la grossesse.

Depuis 1889, en effet plusieurs cas nouveaux d'hydrocéphalie, s'étaient présentés dans son service, qui tous avaient été diagnostiqués par le palper.

Nous rapportons ici, à titre de document, la partie de ce rapport qui nous intéresse : « Bien que l'hydrocéphalie soit une affection rare, il est bon de savoir que le palper peut rendre les plus grands services, en permettant de reconnaître ce vice de conformation pendant la grossesse et pendant le travail, quelle que soit la présentation.

En présence de la fréquence de la rupture de l'utérus qui se produit pendant le travail, dans les cas d'hydrocéphalie, on comprend l'importance et la nécessité d'un diagnostic précoce. Ce diagnostic, et ce diagnostic précoce, l'emploi du palper peut seul le permettre. Si les observations publiées jusque dans ces derniers temps, démontrent que le diagnostic d'hydrocéphalie n'a pas été fait dans la plupart des cas, ou a été fait tardivement, cela tient à ce que le palper était peu connu et surtout non systématiquement pratiqué. *Aujourd'hui, je le répète, le palper systématiquement et méthodiquement appliqué à toutes les femmes enceintes, permettra facilement de faire le diagnostic dans tous les cas, quelle que soit la présentation.*

Je suis certain que le professeur A. Herrgott ne dirait plus comme en 1878 : « Les symptômes qui

nous permettent de reconnaître l'existence de l'hydrocéphalie, alors que le fœtus est encore contenu dans la cavité utérine, sont si peu nets et si peu précis, que bien souvent le diagnostic de la maladie qui nous occupe, ne se fait que lorsque le travail est avancé ou terminé et que le fœtus est extrait plus ou moins lésé hors des voies génitales de la mère. »

Dès 1868 M. Tarnier avait fait à la Maternité le diagnostic d'hydrocéphalie pendant la grossesse dans un cas où la tête était en bas. Depuis il fit plusieurs fois de semblables diagnostics. *Je puis dire que dans tous les cas d'hydrocéphalie observés dans mon service, soit à la Maternité de Lariboisière, soit à la Clinique Baudelocque, j'ai affirmé le diagnostic pendant la grossesse et cela aussi bien dans les présentations du siège que dans celles du sommet.* »

A l'appui de son dire M. Pinard cite l'observation d'une femme, chez laquelle il fit en 1893 le diagnostic de fœtus hydrocéphale alors que les conditions de l'exploration paraissaient aussi défavorables que possible (Obs. XVI).

De nombreux auteurs n'admettent pas encore la possibilité du diagnostic de l'hydrocéphalie, par le palper. Nous voudrions démontrer que théoriquement ce diagnostic est possible et que les statistiques de la clinique Baudelocque confirment pleinement jusqu'à ce jour la théorie.

Malgré l'évidence de ces faits, plusieurs cliniciens des plus éminents ne se rangent pas encore à l'avis de M. Pinard.

C'est ainsi que nous relevons dans Auvard (1) : « Pendant la grossesse, l'hydrocéphalie pourra simplement être soupçonnée, grâce au volume de la tête révélé par la palpation, ou par l'absence d'engagement de la tête, quand les causes habituelles de ce non engagement font défaut au terme de la gestation. »

Lepage (2) pense que seuls, les maîtres du palper pourront porter le diagnostic d'hydrocéphalie pendant la grossesse.

Pozzi, (3) dit, dans son manuel d'accouchements : « Pendant la grossesse, le diagnostic est extrêmement difficile, on ne peut guère avoir que des présomptions. »

Et nous trouvons dans le *Journal des praticiens* ces

(1) AUVARD. — *Traité pratique d'accouchements*, 1898.

(2) *Cours d'obstétrique*, Paris, 16 juin 1904.

(3) POZZI. — *Manuel théorique et pratique d'accouchements*, Paris, 1902.

phrases de Budin (1) : « Le diagnostic de l'hydrocéphalie est rarement fait pendant la grossesse. C'est le plus souvent pendant le travail qu'on s'en aperçoit. »

Nous ne contesterons pas l'opinion de ces maîtres, basée sur une longue expérience, nous voudrions cependant nous efforcer de prouver que la plupart des arguments invoqués contre la possibilité de ce diagnostic, sont très contestables.

Nous rapporterons ensuite tous les cas d'hydrocéphalie observés à la clinique Baudelocque depuis 1898 et nous montrerons que depuis cette époque la série des diagnostics faits pendant la grossesse et le travail n'a pas été interrompue.

(1) BUDIN. — *Journal des Praticiens*, 6 février 1904.

Des arguments invoqués contre la possibilité du diagnostic de l'hydrocéphalie pendant la grossesse.

Les auteurs qui autrefois niaient la possibilité du diagnostic le faisaient parce qu'ils ne possédaient pas alors de méthode, régulièrement ordonnée, de déceler cette malformation.

Mais depuis que le palper est universellement employé dans les maternités et dans la pratique journalière, les mêmes raisons n'existent plus de méconnaître l'hydrocéphalie. Les accoucheurs qui se sont occupés de cette question incriminent certains faits, certaines complications de la grossesse.

En tête de ces faits nous citerons l'hydramnios :

Hydramnios : le palper est possible une fois les membranes rompues, jusqu'à ce moment la rupture utérine n'est pas à craindre.

Hydramnios. — Il est très évident que quand une grossesse hydrocéphalique est compliquée d'une volumineuse hydropisie de l'amnios, le palper est fortement entravé; mais les cas où cette anomalie se présente sont beaucoup plus rares que certains se plaisent à le dire.

En effet sur les 106 cas rapportés par Poulet dans sa Thèse d'agrégation, 11 fois seulement l'hydrocéphalie fœtale est compliquée d'hydramnios. Et encore dans 3 cas, cet hydramnios est-il peu important et semble avoir porté peu d'entrave au palper. Mais, dans les cas où l'hydramnios est considérable, où les parois utérines sont fortement tendues et empêchent le diagnostic, il ne s'en suit en rien que, par suite de notre ignorance du contenu utérin, le pronostic maternel soit aggravé. En effet, dans aucun cas la rupture utérine n'a été observée avant la rupture des membranes. Tant que les pressions exercées par les contractions utérines et celles des muscles de l'abdomen sont également réparties sur le segment inférieur, rien n'est à craindre. Il est facile en effet de comprendre que si l'excès de cette pression intrautérine doit amener une

rupture, celle-ci siègera au point de moindre résistance et que seules, les membranes cèderont au niveau de l'orifice utérin, (ou un peu plus haut si le placenta est inséré bas). Le liquide amniotique sera donc expulsé, et le plus souvent il le sera par le fait de la perforation artificielle due à l'accoucheur. Une fois le liquide expulsé nous nous retrouvons donc dans le cas d'un utérus souple et dont le contenu est facile à explorer.

L'hydrocéphalie est décelable dans les présentations du siège sans qu'il soit nécessaire de pratiquer la version.

SIÈGE. — La présentation du siège a été incriminée, par plusieurs auteurs, comme devant entraver le diagnostic.

Nous verrons au diagnostic positif que le palper peut parfaitement déceler la présence d'une tête hydrocéphale dans le fond de la cavité utérine, comme l'ont confirmé de nombreuses observations. D'aucuns ont pensé qu'il était nécessaire, pour mieux évaluer le volume de la tête, de l'amener, par la version, par manœuvres externes, au-dessus de l'aire du détroit supérieur. Cette précaution n'est pas indispensable et un palper bien conduit peut faire dans le fond de l'utérus les constatations nécessaires au diagnostic.

D'ailleurs, la fréquence de ces présentations a été

beaucoup exagérée. Sur les 106 observations de la thèse de Poulet, 31 fois seulement la présentation du siège est observée. D'après les statistiques réunies de Chassinat, Poulet et Schuchard on rencontre la proportion de 1 siège pour 4 extrémités céphaliques : soit une proportion 5 fois plus forte que dans les grossesses normales.

Dans sa thèse inaugurale le docteur Sergent fait à ce sujet une constatation intéressante : dans tous les cas où l'hydrocéphalie est particulièrement développée, on trouve des présentations du siège. Il n'a pas observé une seule présentation du sommet avec tête contenant plus de 1,500 grammes de liquide céphalorachidien.

Ce fait est une confirmation éclatante des lois de l'accommodation formulées par Pajot : La plus grosse extrémité se met en rapport avec le plus grand diamètre transversal de l'utérus. Cette constatation n'a été démentie par aucune des nouvelles observations que nous rapportons ici.

Si donc, le volume de la tête hydrocéphale est considérable, il sera facile d'en déceler la présence dans le fond de l'utérus. Malheureusement ce volume n'a rien d'absolu, il peut être énorme par rapport à l'extrémité pelvienne et au fœtus, sans pour cela dépasser les dimensions d'une tête normale à terme.

Aussi, est-il nécessaire, comme l'a indiqué Varnier de pratiquer dans tous les cas le palper comparé des 2 pôles fœtaux. Nous devons cependant reconnaître

que le diagnostic est plus difficile dans les présentations du siège que dans celles du sommet. Mais aussi, la méconnaissance de l'hydrocéphalie est-elle beaucoup moins grave que dans ces dernières. Les cas de ruptures de l'utérus dans ces conditions sont, en effet, si rares que nous n'avons pu en rencontrer qu'un seul dans toute la littérature obstétricale. Le diagnostic sera d'ailleurs encore possible par le palper alors que la tête sera retenue dernière au détroit supérieur.

PHYSOMÉTRIE. — Nous rappelons ici malgré sa rareté cette cause de difficulté du diagnostic. Nous avons vu qu'elle n'est pas toujours une raison suffisante de méconnaître l'hydrocéphalie du fœtus, puisque M. Pinard a pu déceler cette malformation fœtale dans un cas où la physométrie était considérable (Obs. XVI).

HYPERESTHÉSIE DE LA MÈRE ET HYPERTONICITÉ DES PAROIS. — Souvent l'hyperesthésie maternelle sera un obstacle très sérieux au palper. Ce cas n'est en rien spécial à l'hydrocéphalie ; cependant comme il est nécessaire dans le cas qui nous occupe de pouvoir pratiquer un examen minutieux du contenu de la cavité utérine, il a pour nous une importance particulière. Pour y remédier, M. Pinard, recommande de ne jamais palper un ventre avec des mains froides, dont le contact ferait contracter les muscles abdominaux ; il engage en outre à palper franchement, profondément, ce mode

d'exploration étant habituellement beaucoup mieux supporté par la femme que les manœuvres timides et superficielles. Au cas où cet examen serait rendu impossible par l'excessive sensibilité de la mère, et alors que l'accoucheur suspecterait un contenu anormal de l'utérus, il ne faudrait pas craindre de recourir au chloroforme à doses faibles.

VOLUME INSUFFISANT DE LA TÊTE FŒTALE, ne permettant pas le diagnostic d'hydrocéphalie. Il est évident que dans ce cas la méconnaissance de l'hydrocéphalie a peu d'importance. Nous avons pu constater à la lecture de plusieurs observations que dans ces cas la tête fœtale était rarement une cause sérieuse de dystocie. Une tête hydrocéphale, avec un volume relativement considérable peut franchir le détroit supérieur, alors qu'une tête normale de même volume, mais plus ossifiée et moins souple ne pourrait le faire. Témoin le cas d'un fœtus hydrocéphale qui put être expulsé spontanément et vivant, alors que ses dimensions eussent certainement arrêté une tête normale au détroit supérieur (Obs. n° 242, année 1893, registres de la Clinique Baudelocque).

A partir de quelles dimensions doit-on admettre que le diagnostic d'hydrocéphalie puisse être porté par le palper ? C'est là un point difficile à établir et qui varie suivant plusieurs facteurs qui sont : la tension des

parois, leur épaisseur, la superficialité de la tête, sa consistance.

Parmi les observations que nous rapportons : une fois le diagnostic d'hydrocéphalie fut porté avec un fœtus dont le diamètre occipito-mentonnier était de 15 cent. ; deux fois avec un diamètre de 16 et un très grand nombre de fois, ce même diamètre étant inférieur à 17 centimètres.

PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE : Ces présentations sont rares : 6 1/2 0/0 des cas d'hydrocéphalie rapportés par Pouillet. Elles n'entravent en rien le diagnostic par le palper et la mensuration, comme le prouve le cas du professeur Tarnier, dans lequel il fit d'emblée par le palper le diagnostic d'hydrocéphalie sur un fœtus en présentation de l'épaule (Obs. VII).

Nous voyons donc que les différents arguments, que l'on peut opposer à la possibilité du diagnostic de l'hydrocéphalie, infirment peu sa valeur et comme mode d'investigation et comme agent de préservation maternel contre la rupture de l'utérus. Mais avant de considérer la manière dont ce diagnostic pourra être établi, voyons quels sont les cas de dystocie d'origine fœtale et maternelle qui pourront être confondus avec l'hydrocéphalie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous aurons à envisager successivement ce diagnostic pendant la grossesse et pendant le travail.

Dans le premier cas, nous devons éliminer les anomalies maternelles, puis les anomalies fœtales qui pourront au palper faire croire à une tête volumineuse.

Diagnostic avec les autres cas de dystocie d'origine maternelle.

Nous ne citerons que pour mémoire les tumeurs maternelles : celles-ci pourront être pariétales ou viscérales ; de toutes manières elles seront mobilisables avec la paroi, où les plans profonds n'adhéreront pas à l'utérus et ne pourront induire en erreur qu'à un examen superficiel. La tumeur pourra siéger sur l'utérus, *les fibrômes* seuls pourront embarrasser le clinicien, et parmi eux, les seuls fibrômes pédiculés intrasoma-

tiques ou interstitiels qui siègeront à proximité de la tête fœtale. Mais il arrive rarement que ces tumeurs paraissent se continuer directement avec cette dernière, sans ligne de démarcation, et si ce dernier cas, se présentant, embarrassait l'aecoucheur, il lui suffirait de mobiliser légèrement le fœtus pour se rendre compte de la non continuité des 2 tumeurs.

Lorsque la tête sera au-dessus du détroit supérieur, et malgré la période avancée de la grossesse et même du travail, ne manifestera pas de tendance à s'engager, le diagnostic sera à faire avec les *viciations pelviennes* ; avec, surtout, la présence d'un *placenta inséré bas* sur la paroi postérieure. Dans ce dernier cas, la tête, projetée en avant, formera au-dessus de la symphyse pubienne une saillie accentuée. Le diagnostic s'établira par la mensuration du grand diamètre transversal de la tête fœtale. De plus, en cherchant à pratiquer le palper mensurateur, la main percevra en appliquant contre l'angle sacro-vertébral, la tête fœtale, que celle-ci n'est pas arrêtée par un plan osseux rigide, lui transmettant la sensation nette d'un choc.

Diagnostic avec les anomalies de volume et de conformation du fœtus.

Arrivons maintenant aux anomalies fœtales. De cet ordre sont les tumeurs développées aux dépens de la

tête du fœtus : les *encéphalocèles*, les *hydroméningocèles*.

Ces monstruosités sont des plus rares. Le plus souvent elles sont reliées à la tête fœtale par un pédicule qui peut être perçu.

Mais, vu le peu de fréquence de ces affections, elles sont peu dignes de nous arrêter; d'autant que la méprise n'entraînerait aucun inconvénient ni pour la mère, ni pour le fœtus, la conduite à tenir en pareil cas étant la même dans ces 2 causes de dystocie. Rarement, l'extrémité pelvienne d'un fœtus porteur d'une tumeur sacro-coccygienne pourra en imposer pour une tête volumineuse.

Bien autrement importante serait la méprise qui consisterait à prendre pour un hydrocéphale un *gros fœtus*. Que ce dernier soit un fœtus normal, particulièrement développé, ou qu'il s'agisse d'un gros œuf avec gros enfant et gros placenta, si le pronostic n'est pas le même en ce qui concerne le devenir de ces 2 êtres, il doit être le même pour le praticien avant l'accouchement.

De tous temps, les accoucheurs ont cherché un critérium qui leur permit de diagnostiquer une tête de gros fœtus de celle d'un fœtus hydrocéphale et dans le cours qu'il faisait à la Faculté de Paris, le 3 avril 1895, Varnier rapporte le cas suivant : « J'ai vu, disait-il, à Lariboisière une secondipare chez laquelle la tête donnait au palper une sensation telle qu'à un premier examen on pensa à l'hydrocéphalie.

« La tête mesurée à plusieurs reprises nous donna comme chiffres moyens 14 et 15 centimètres. On crut à une hydrocéphalie légère. Or, la femme accoucha spontanément d'un enfant de 3,900 grammes, non hydrocéphale et dont les diamètres céphaliques étaient les suivants :

O. M.....	15
O. F.....	13
Bi. P.....	10.5
SO. B.....	11
Bi. T.....	9

« Vous voyez-vous ponctionnant au début du travail, ce futur membre de l'Institut.

« Il faut donc, pour être affirmatif, des chiffres notablement supérieurs à 14 et à 15. Quels sont-ils? C'est ici, que les mensurations que je vous ai données vont vous être d'un précieux secours. Que pouvons-nous mesurer? Le diamètre vertical, et le diamètre antéro-postérieur de la tête habituellement mal fléchie. Dans les cas types que je vous montre ils mesuraient 17 et 18. »

Cependant, si l'on peut en présence d'une tête fœtale de 18 cent., affirmer l'hydrocéphalie, il ne s'ensuit pas qu'une tête de 16 et même de 15 cent. ne puisse pas présenter cette malformation. Aussi, pour Varnier, le diagnostic différentiel entre les deux cas qui nous occu-

pent, doit-il surtout être fait par la notion de rapport du volume de l'extrémité céphalique à celui de l'extrémité pelvienne : « Assurez-vous, dit-il, que vous êtes bien en présence du siège, cherchez, en déprimant la paroi abdominale, le plan résistant et continu du dos, qui fait suite, sans ligne de démarcation au pôle pelvien. Revenez à l'examen de la tête qui vous a paru volumineuse et débordante, plus ou moins résistante, suivant que les os du crâne sont plus ou moins ossifiés. La disproportion vous frappe plus encore, maintenant que vous venez d'explorer le siège. »

Tout récemment, en cette même chaire de la Faculté de Paris, M. Lepage rapportait sur le même sujet, le fait suivant : Il était appelé, il y a quelques années, aux environs de Paris par un médecin, qui ayant constaté chez une parturiente la présence d'une tête fœtale volumineuse, avait pensé à l'hydrocéphalie. Ne voulant pas prendre sur lui la responsabilité de ponctionner cette tête, au cas où l'accouchement ne pourrait se faire, il avait demandé à M. Lepage de bien vouloir ratifier son diagnostic. Ce dernier, après avoir comparé soigneusement les deux extrémités fœtales, diagnostiqua une grossesse normale avec un fœtus normal, mais volumineux. Cette femme accoucha, en effet, avec quelques difficultés, mais spontanément, d'un superbe garçon parfaitement conformé. Quatorze mois après, il était mandé à nouveau par le même médecin qui, bien que prévenu par le fait précédent, ne pouvait

se résoudre à ne pas considérer comme hydrocéphale le second fœtus dont cette même femme était actuellement enceinte. Après avoir à nouveau examiné cette femme, il porta un diagnostic semblable au premier et que les faits confirmèrent en tous points.

Nous voyons, par cet exemple, combien le diagnostic peut, dans ces cas, être difficile et combien il est nécessaire d'être prudent pour ne pas commettre une erreur irréparable.

Nous demeurons cependant intimement convaincu que dans un cas semblable, le palper pratiqué méthodiquement éloignera ce malheur.

DIAGNOSTIC POSITIF

Nous voulons surtout ici insister sur la valeur du palper, comme moyen de déceler l'affection qui nous occupe.

Mais d'abord, nous montrerons quel était, avant l'avènement du palper abdominal, l'état de la science obstétricale au point de vue du diagnostic de l'hydrocéphalie pendant la grossesse et le travail.

Nous voulons montrer combien tous les procédés d'exploration, autres que lui, peuvent être utiles, mais aussi, combien chacun d'eux employé isolément est insuffisant ; et combien, au contraire, le palper, sans le secours des autres moyens d'investigation, peut éclairer un diagnostic aussi ardu que celui de l'hydrocéphalie.

*A. — Renseignements fournis par les antécédents
de la mère.*

Une même femme peut procréer plusieurs hydrocéphales.

Nous n'avons pu déceler dans aucune observation l'influence héréditaire directe dans les différents cas d'hydrocéphalie qui ont été rapportés.

L'hérédité collatérale est, au contraire, relativement fréquente. Plusieurs fœtus hydrocéphales sont souvent nés d'une même femme. Les deux cas, rapportés dans les observations XIV et XVI que nous reproduisons ici, ont été observés chez la même femme.

Dugès, dans son « Mémoire sur les obstacles apportés à l'accouchement par la mauvaise conformation du fœtus », rapporte le cas d'une femme qui accoucha successivement de six fœtus hydrocéphales. On a également observé sur les enfants issus d'une mère, ayant mis au monde un hydrocéphale, d'autres malformations. Les plus communes sont les pieds-bots, les mains-bottes, les becs-de lièvre.

Si donc, l'on rencontre dans les antécédents obstétricaux d'une femme des enfants anormalement conformés, on pourra penser à l'hydrocéphalie, alors que la grossesse ou le travail présenteront une physionomie irrégulière. Toutefois, nombre de grandes multipares

ont accouché d'enfants bien conformés avant et après avoir mis au monde un hydrocéphale. Il ne faut donc voir dans ces antécédents qu'une simple indication.

B. — Aspect et volume de l'abdomen.

Hauteur utérine : 35,5 à 38 centimètres

Dans les différentes observations que nous avons consultées, la *hauteur utérine* au-dessus du rebord symphysien s'élevait, alors que la grossesse était à son terme : de 35,5 à 38 centimètres.

Tumeur sus-pubienne.

L'anomalie de *développement du ventre* en général était assez peu perceptible à première vue, au contraire la saillie formée par la tête au-dessus du pubis a souvent frappé l'observateur.

Œdème pré-symphysien.

Dans plusieurs cas on a constaté un *œdème* plus ou moins abondant infiltrant la région pré et sus-symphysienne; dans bien des cas cet œdème se propageait à la racine des cuisses. Cette particularité ne distingue

en rien l'hydrocéphalie des autres cas où le contenu de l'utérus est volumineux ; hydramnios, grossesse gémellaire, gros œuf, réplétion vésicale et tumeur sacro-coccygienne du fœtus, etc...

C. — Renseignements tirés de la marche et de la physiologie de la grossesse et du travail.

L'évolution anormale de la grossesse et du travail n'a rien de pathognomonique.

Pendant la grossesse, rien d'anormal ne frappe le plus souvent le médecin. Pendant le travail il en est tout autrement. Sa physiologie varie suivant que l'on envisage la présentation du siège ou du sommet. *Dans la présentation du siège*, tout marche comme à l'ordinaire jusqu'au moment du dégagement de la tête, celle-ci reste obstinément au-dessus du détroit supérieur. Plusieurs éventualités sont alors à envisager : la tête, relativement volumineuse peut descendre dans l'excavation sous l'influence de fortes tractions. C'est là l'exception.

Le plus souvent, la tête reste de longues heures dans la cavité utérine, des manœuvres variées sont exécutées pour l'en dégager. Finalement, si aucune intervention rationnelle n'est pratiquée, on peut voir se produire les faits suivants : des tractions énergiques, aidées d'un

degré plus ou moins avancé de macération, peuvent décoller la tête du tronc; souvent alors le liquide céphalo-rachidien s'écoulera et l'accouchement spontané ou artificiel de la tête sera possible. « D'autres fois (1), la colonne vertébrale seule peut se rompre et livrer passage au liquide sous-cutané grossissant de la sorte d'une manière soudaine le corps de l'enfant qui entre entre les mains de l'accoucheur. »

Souvent en l'absence de diagnostic et alors que la mort du fœtus était certaine l'accoucheur a pratiqué la décollation. Jamais dans ces cas la rupture de l'utérus n'a été observée.

Dans les présentations de *l'épaule*, le diagnostic n'ayant été que rarement fait (cas du Prof. Tarnier), l'accoucheur a suivi la ligne de conduite qu'il eût suivi en pareil cas, en présence d'un fœtus normal; la version a été pratiquée le plus souvent, sans succès; 2 fois sur 7 la rupture utérine s'ensuivit. Finalement, la décollation a été pratiquée.

Dans les cas de présentations *céphaliques*, on observe le plus souvent des contractions extrêmement douloureuses qui durent parfois plusieurs jours. « La tête, dit Osiander, reste pendant les plus fortes douleurs comme une balle élastique au-dessus de l'entrée pelvienne, ne se fixe pas, et n'avance pas d'avantage. Dans les cas graves où la tête

(1) BUDIN. — *Journal des Praticiens*, 6 février 1904.

atteint la circonférence de celle d'un adulte et contient jusqu'à 4 litres de sérosité, l'accouchement est impossible, aussi longtemps que l'eau n'est pas extraite. Toutefois la terminaison est variable : ou bien la tête reste pendant des journées au-dessus de l'extrémité pelvienne, comme une vessie, remplie et si tendue que parfois on ne distingue pas les os. Ou bien, elle s'allonge et s'enclave dans le canal pelvien, ou bien encore la tête crève, ordinairement à la base du crâne et le liquide s'écoule par le nez, la bouche, les oreilles, les orbites. A la suite de quoi la tête s'affaisse, forme une tumeur allongée et est expulsée. Ou bien enfin, la tête ramollie par la putréfaction et la macération se rompt, sous la violence des contractions ou sous l'effort des tractions exercées à l'aide du forceps. »

Ces différents modes de terminaison sont fort heureux pour la mère; puisque le fœtus est tôt ou tard sacrifié.

Mais bien souvent il n'en est pas ainsi et les cas relativement très nombreux dans lesquels la rupture utérine a été la conséquence déplorable d'une grossesse hydrocéphalique méconnue, nous feront mieux apprécier la valeur d'un diagnostic précoce. « Presque toutes ces observations, dit en effet Herrgott, ont la même physionomie, toujours après un travail plus ou moins long, la matrice, épuisée par des efforts infructueux, se rompt, se déchire. »

Quoi qu'il en soit, nous voyons combien peu précis

sont les renseignements que nous fournit la marche d'une telle grossesse.

Très souvent c'est à l'occasion de cette marche que le clinicien sera appelé à porter un diagnostic précis, mais elle n'en sera que la cause occasionnelle.

Nous devons signaler ici un mode de diagnostic en quelque sorte involontaire : à la suite d'une application de forceps, l'écartement anormal des 2 branches du forceps pourront donner à l'accoucheur une indication précise sur le volume de la tête.

D. — Auscultation.

L'auscultation ne peut que faire soupçonner l'existence de l'hydrocéphalie.

Blot, en 1854, montre que l'auscultation pourrait dans les cas d'hydrocéphalie donner de précieux renseignements.

« En effet, dit-il, deux fois, dans des cas d'hydrocéphalie assez volumineuses pour mettre obstacle à l'engagement de la tête au détroit supérieur, j'ai constaté que le maximum d'intensité des bruits du cœur fœtal répondait à un point très élevé de l'abdomen : une fois, au niveau de l'ombilic, une autre fois, un peu au-dessus de ce point, c'est-à-dire, à la hauteur de la-

quelle on les perçoit d'ordinaire, dans les présentations de l'extrémité pelvienne ». « Il est entendu, dit Herrgott, que par ce procédé les causes d'erreur sont multiples : viciations pelviennes, empêchant la tête de s'engager; insertions vicieuses du placenta ». « On ne peut, dit plus tard M. Pinard, que soupçonner par ce procédé l'existence de l'hydrocéphalie ».

E. — Toucher.

Le toucher ne peut donner d'indications que pendant le travail et seulement dans les présentations céphaliques.

Le toucher pendant la grossesse se montre impuissant, dit Hergott. Ce moyen d'exploration si précieux ne donnera le plus souvent dans les cas d'hydrocéphalie que des résultats négatifs. La tête maintenue par son volume au-dessus du détroit supérieur, ne sera que très difficilement atteinte par le doigt de l'accoucheur, qui souvent même ne pourra reconnaître la région fœtale qui se présente ». D'autre part nous trouvons dans la 2^e édition du « Traité du palper abdominal » cette phrase de M. Pinard : « Le toucher digital, et surtout le toucher manuel permettront d'apprécier les caractères de l'extrémité céphalique assez nettement pour pouvoir affirmer le diagnostic. »

Le toucher manuel, fera reconnaître une surface plane, lisse, le plus souvent glabre comme le remarque Küstner. Elle est plus ou moins résistante suivant que la main arrive au contact de parties osseuses ou membraneuses. « On décelera ainsi la largeur anormale de l'espace membraneux. Celui-ci se relâche dans l'intervalle des contractions et se tend sous leur effort. Ceci explique, qu'à un examen superficiel on ait pu prendre la tête pour une poche des eaux et la ponctionner. » (Observation rapportée par Baudelocque, *Revue d'obstétrique*, 1890.)

« Par le toucher, la fluctuation du liquide céphalo-rachidien pourra être perçue entre la main abdominale et la main vaginale.

Si le toucher conduit sur une partie osseuse, il ne donnera aucun renseignement, les os du crâne étant le plus souvent épais et résistants. Une bosse séro-sanguine considérable peut venir de plus entraver le diagnostic. » (Thèse de Pouillet).

S'il reste donc très évident que l'accoucheur ne doive négliger aucun des différents modes d'investigation que nous venons de passer en revue, il est non moins évident, qu'aucun d'eux, pris isolément ne peut suffir dans presque tous les cas à faire porter le diagnostic ferme d'hydrocéphalie. Il en est autrement du palper.

F. — Palper.

Le palper donne dans tous les cas des renseignements précis. Il peut le plus souvent se suffire à lui même.

Le palper a tout d'abord sur le toucher l'avantage de donner à la main des sensations précises, faciles à analyser, et traduisant directement à l'esprit de l'accoucheur une sensation bien définie. Le toucher, au contraire, exige une éducation longue de la main et des doigts. Combien de fois voyons-nous les jeunes praticiens traduire d'une manière erronée les sensations du toucher. « Je ne connais pas, disait M. Pinard au Congrès de Moscou, à propos du palper, de manuel opératoire plus facile à apprendre. Il est beaucoup plus difficile de se familiariser avec l'auscultation et le toucher qu'avec le palper abdominale. Les constatations faites à la Clinique Baudelocque, démontrent que les élèves après un stage de un mois sont presque tous capables de faire à l'aide du palper le diagnostic de la présentation du fœtus, de sa position et de sa variété. »

G. — Manuel opératoire.

Manière de pratiquer le palper.

La femme est étendue, dans la *position horizontale*, les *jambes étendues* et légèrement écartées; l'abdomen est bien dégagé, le haut du corps étant recouvert par la chemise seule, et la partie inférieure, jusqu'au pubis, par une couverture.

Elle sera autant que possible à jeun, la vessie sera vide. On lui recommandera de respirer largement, la bouche ouverte, pour assouplir sa paroi abdominale.

Souvent, sous l'influence du palper, l'utérus se contracte, dans ce cas il faudra attendre patiemment. On n'explorera jamais l'utérus avec les mains froides, dont la sensation désagréable amènerait la contraction des muscles de la paroi abdominale.

On saisira alors la paroi, de manière à déterminer un pli, qui permettra de juger de son épaisseur. Cette manœuvre est très utile pour évaluer le volume de la tête fœtale dans l'hydrocéphalie, celle-ci paraissant, à première inspection, d'autant plus volumineuse qu'elle est séparée des mains qui l'explorent par une épaisseur plus considérable de téguments.

On ira ensuite à la recherche de la tête. Celle-ci

étant rencontrée au détroit supérieur, la forte saillie qu'elle fait au-dessus du rebord symphysien attirera de suite l'attention sur son volume. Le *palper mensurateur* s'impose. « Pour cela (1), ramener la tête au dessus de l'aire du détroit supérieur. Faire en sorte que la tête soit franchement longitudinale, pour qu'elle soit parfaitement d'aplomb au-dessus de l'excavation. Fixer la tête, en la comprimant de haut en bas au niveau du cou. Puis chercher à insinuer l'autre main entre la tête et le bord supérieur de la symphyse pubienne.

La tête une fois fixe est acculée en arrière à l'angle sacro-vertébral; on appréciera la saillie qu'elle fait au devant d'un plan transversal passant par la symphyse pubienne et parallèle à l'axe du corps.

« *Voici, dit Pinard, les sensations que l'on pourra percevoir quand on pratiquera le palper dans un cas d'hydrocéphalie. Tout d'abord on pourra être appelé à pratiquer le palper dans deux conditions bien différentes : ou le liquide amniotique est en quantité normale, ou il y a hydropisie de l'amnios. De là, deux sensations différentes en appréciant la tension de la paroi utérine. Dans le premier cas, la tension normale permettra facilement de faire le diagnostic quelle que soit la présentation. En recherchant les deux*

(1) PINARD. — *Traité du palper abdominal*, 2^e édition.

pôles de l'ovoïde fœtal, en étudiant leurs caractères on ne tardera pas à se rendre compte du développement anormal de l'un d'eux. Une augmentation de volume, même peu marquée de l'un d'eux pourra ainsi être appréciée. » Et M. Pinard cite le cas d'une femme de 28 ans chez laquelle il fit le diagnostic d'hydrocéphalie : chez cette femme, la tête fœtale présentait les dimensions normales d'un fœtus bien conformé et à terme (Obs. X.)

« En dehors de la sensation de volume le palper donnera aux mains qui l'explorent la notion de consistance. Cette dernière n'est pas la même dans tous les cas. Tantôt la tête donne une sensation de résistance presque normale, tantôt elle offre à la main la sensation d'une tumeur plus ou moins molle et fluctuante. Ces sensations différentes sont en rapport avec la quantité de liquide contenu dans la cavité crânienne et avec l'état d'ossification ou de disjonction des os de la paroi.

Quand la tension de la paroi utérine et de la paroi abdominale ne permettent pas d'explorer le contenu de la cavité utérine, le diagnostic ne peut être fait qu'après la rupture des membranes et pendant le travail, ainsi que cela a eu lieu dans le cas dont j'ai communiqué l'observation au docteur Pouillet. (Thèse d'agrégation, 1880, Obs. XI.)

« Après avoir constaté la présence de la tumeur

céphalique, dit Varnier (1), vous reconnaîtrez au fond de la cavité utérine l'autre extrémité de l'ovoïde fœtal, le siège. Pour vous assurer que c'est bien lui, cherchez, en déprimant la paroi abdominale le plan résistant et continu du dos, qui fait suite, sans ligne de démarcation au pôle pelvien. Revenez à l'examen de la tête qui vous a paru volumineuse et débordante, plus ou moins résistante, suivant que les os du crâne sont plus ou moins ossifiés. La disproportion vous frappe plus encore, maintenant que vous venez d'explorer le siège. Vos soupçons croissent, mais ce n'est pas encore la certitude et il vous la faut. Pour cela il faut mesurer la tête à travers la paroi. »

Dans les présentations du sommet, M. Lepage (2) insiste sur un point de détail intéressant du palper : Au-dessus de la saillie volumineuse formée par la tête fœtale au-dessus du pubis, une seconde saillie, moins volumineuse, plus aiguë est perceptible : elle est due à l'épaule du fœtus. Elle est séparée de la saillie inférieure par un profond sillon, et est située au niveau de l'ombilic, soit sur la ligne médiane soit latéralement non loin de celle-ci.

« PENDANT LE TRAVAIL, on pourra faire également

(1) VARNIER. — Cours d'obstétrique fait à la Faculté de Paris le 3 avril 1895.

(2) LEPAGE. — Cours de la Faculté de Paris, 16 juin 1904.

par le palper, le diagnostic d'hydrocéphalie, pendant l'intervalle des contractions. Mais alors, le toucher peut renseigner, si l'enfant se présente par le sommet.

Dans les présentations du siège, *si le tronc est expulsé et la tête retenue, il sera facile encore, en admettant que le diagnostic n'ait pas été fait précédemment, de reconnaître si la cause qui empêche la tête de descendre est produite par son volume exagéré, par un rétrécissement du bassin ou par un autre fœtus engagé ou tendant à s'engager. Le toucher permettra de reconnaître facilement le rétrécissement du bassin, ou la présence d'un second fœtus, et le palper mensurateur, le défaut de rapport entre le volume de la tête et celui de l'aire du détroit supérieur. »*

« Je dois, dit plus loin Pinard, signaler une erreur d'interprétation bien souvent commise dans les cas de présentation du siège : Lorsque la tête ayant un volume normal est bien mobile et superficielle au fond de l'utérus, elle donne tout d'abord à l'explorateur la sensation d'un corps ayant un volume exagéré. Bien souvent il faut pour être définitivement fixé ramener la tête au niveau du détroit supérieur, où l'exploration et l'appréciation sont beaucoup plus faciles, et permettent de connaître aussi exactement que possible la vérité. »

Les présentations transversales seront aussi facilement décelées par le palper que celles du sommet comme le prouve l'Observation VII où le professeur Tarnier fit le diagnostic d'hydrocéphalie sur un fœtus en présentation de l'épaule.

Bien que M. Pinard ne soit pas habituellement partisan de l'emploi du *compas d'épaisseur*, il s'en sert volontiers dans les cas d'hydrocéphalie. D'une façon générale on peut affirmer avec Varnier et Lepage que quand une tête présente un grand diamètre de *17 et 18*, il y a hydrocéphalie.

Cependant, nous avons vu que les dimensions absolues ont peu de valeur en soi et que seule la comparaison avec l'autre pôle devait faire établir le diagnostic.

DIAGNOSTIC DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

On est autorisé à sacrifier le fœtus hydrocéphale.

Tous les accoucheurs sont actuellement d'avis que le sacrifice du fœtus s'impose, pour sauver la mère.

La statistique de Pouillet nous apprend en effet que sur 60 fœtus hydrocéphales : 41 sont nés morts, 5 ont vécu moins d'un mois, 8 sont morts avant l'âge d'un an, 2 avant 2 ans, et 4 seulement vivaient encore l'un à 3 ans, 2 à 5 ans et un à 9 ans. Parmi les survivants, un seul semblait jouir de ses facultés, les autres étaient profondément dégénérés. Il est donc incontestable que dans ces conditions le sacrifice du fœtus s'impose.

Ceci étant admis, quelle est la conduite que devra tenir l'accoucheur en présence d'un fœtus hydrocéphale.

A. — *Le diagnostic d'hydrocéphalie est certain*

Indications opératoires.

- 1° *Présentation céphalique* : la tête sera perforée à l'aide d'un long trocart. Une fois vide elle sera saisie et extraite à l'aide de simples pinces de Museux, ou de pinces à kyste.
- 2° *Présentation du siège* : La colonne dorsale sera sectionnée suivant le procédé Van Huevel-Tarnier. On pratiquera la ponction du canal rachidien à l'aide d'une sonde souple supportée sur un mandrin. Quand l'évacuation ou liquide céphalo-rachidien, sera terminée, on extraira le fœtus par tractions modérées sur le corps.
- 3° *Présentation de l'épaule* : On amènera le fœtus en présentation du siège ou du sommet, par la version par manœuvres externes, et on se comportera comme précédemment.

B. — Le diagnostic d'hydrocéphalie est probable mais non certain.

1° *Présentation céphalique.* Le toucher manuel confirmera le diagnostic.

2° *Présentation du siège.* On laissera l'accouchement se faire spontanément. Si la tête du fœtus est retenue au-dessus du détroit supérieur :

α) Le fœtus est mort : procédé van Huel-Tarnier.

β) Le fœtus est vivant : le palper éclaire le plus souvent la situation à ce moment. Si le doute persiste : manœuvre de Champetier, puis attendre soit l'accouchement spontané, soit la mort du fœtus, sous le couvert de l'asepsie la plus rigoureuse.

3° *Présentation de l'épaule ;* Celle-ci est irréductible, se comporter comme pour une présentation de l'épaule ordinaire.

(Au cas où le diagnostic positif serait fait de très bonne heure, peut-être pourrait-on, ainsi que le fit Smellie, modifier la malformation fœtale, in utero, par le traitement spécifique appliqué à la mère.)

OBSERVATIONS

De ruptures utérines chez des femmes enceintes de fœtus hydrocéphales.

OBSERVATION I

Rupture utérine, au commencement de la dilatation chez une femme enceinte d'un hydrocéphale.

X..., âgée de 26 ans, atteinte de syphilis tertiaire.
Dernières règles : 19 février.

Le 2 décembre, mon collègue, le docteur Schüleïn, est appelé auprès de cette femme qui est en travail. La poche des eaux se rompit après 10 heures de contractions faibles. A ce moment, le col avait toute sa longueur et était perméable au doigt. Après la rupture des membranes, les douleurs cessèrent tout à fait pour ne réapparaître, toujours aussi faibles, que 12 heures plus tard. Après une période d'excitation considérable, survint brusquement trois heures plus tard du collapsus et un frisson violent.

Le docteur Schüleïn, appelé à nouveau, trouva la patiente sans pouls. La mort fut rapide. On ne fit pas la section césarienne, la mort du fœtus ayant été constatée auparavant.

L'autopsie démontra que la mort était due à une hémorrhagie intraabdominale, consécutive à une rupture longitudinale de l'utérus, siégeant à droite du segment inférieur.

On pratiqua, après congélation, une coupe médiane et verticale sur laquelle on peut constater que :

Au fond, la paroi utérine est épaisse de 8 millimètres. Au-dessous elle présente une structure finement lamellaire et une épaisseur qui oscille entre 8 et 5 millimètres.

Elle s'amincit alors peu à peu au niveau de la limite d'adhérence du péritoine (4 millimètres), pour redevenir un peu plus épaisse au dessous de la réflexion du péritoine sur la vessie.

De là, jusqu'à l'orifice externe du col, la paroi offre la structure feutrée du col.

Le placenta occupe la paroi postérieure. La musculature de cette paroi a, elle aussi, un caractère lamellaire. Son épaisseur est très variable. Jusqu'au-dessous de l'insertion placentaire, elle oscille entre 9 et 12 millimètres, puis brusquement, à 19 centimètres au-dessus de l'orifice interne elle se renfle en un bourrelet saillant et épais de 15 millimètres. Elle s'amincit alors de

nouveau assez brusquement et conserve jusqu'à l'orifice interne la faible épaisseur de 3-4 millimètres.

L'orifice externe a un diamètre de 1 centimètre 1/2.

Le diamètre antéro-postérieur de la tête fœtale mesure 19 centimètres, la circonférence maximum est de 55 centimètres.

(BENKYSER et HOFMEIER : *Beiträge zur Anatomie des schwangeren und kresseiden uterus*, n° 8617).

OBSERVATION II

Hydrocéphalie. Rupture de l'utérus assez considérable pour permettre le passage d'une anse intestinale dans le vagin. Mort.

M^{me} Lacour, d'une petite stature et très faible de complexion, âgée de 26 ans, était parvenue au terme de sa troisième grossesse (18 janvier 1824). Les douleurs se manifestent, la dilatation de l'orifice utérin se complète en quelques heures. A 2 heures après-midi, la sage-femme perce les membranes. La tête se présente au détroit supérieur, mais malgré un travail assez actif, le sinciput seul plonge dans l'excavation pelvienne. Je suis appelé à l'insu de la sage-femme à

10 heures du soir. Je trouvai l'orifice utérin dilaté et remonté sur la tête. J'annonçai que l'enfant était hydrocéphale, et que l'accouchement était impossible sans le secours d'instruments, et peut-être sans mutiler l'enfant. La sage femme soutint que l'enfant était en bonne position, le bassin bien conformé, et que la femme était accouchée 2 fois naturellement après un travail prolongé; elle avait la certitude qu'il en serait de même cette fois. Ce fut en vain que je sollicitai l'appel d'autres confrères; je dus me retirer devant l'opposition formelle de la sage-femme et de la famille.

Mais, à 6 heures du matin, le 19 février, je suis redemandé avec instance.

La malheureuse femme était épuisée par la fatigue et la douleur, affaiblie par une perte de sang peu abondante, mais continuelle et dans un état d'anxiété inexprimable.

Elle avait des vomissements, des défaillances, le pouls était misérable; tout annonçait une mort prochaine. En la touchant, je rencontrai d'abord dans le vagin un corps que je pris d'abord pour le cordon ombilical, mais que bientôt je reconnus être une anse intestinale et que je pus suivre jusqu'à une déchirure transversale existant au voisinage de l'insertion du vagin avec le col de l'utérus, et s'étendant du côté gauche en arrière. Elle correspondait aux bosses pariétales de l'enfant et se trouvait correspondre un peu au-dessus du détroit supérieur.

Grâce à la mollesse de la tête, je pus l'en éloigner en l'affaissant, et réduire l'intestin. Le temps pressait, la version pouvait entraîner un agrandissement de la rupture. Je me décidais à appliquer le forceps que j'avais tout prêt, sauf à pratiquer entre temps la ponction si je ne pouvais extraire la tête. Je pris toutes mes précautions pour ne pas engager la branche mâle de l'instrument dans la crevasse. Je fis comprimer fortement le ventre et la matrice, de haut en bas pendant l'application, et je pus amener l'enfant avec moins de difficultés que je ne l'avais craint, ce que j'attribuai à la flaccidité de la tête frappée d'hydrocéphalie, flaccidité augmentée par la mort de l'enfant, ainsi qu'au grand relâchement des parois vaginales et de la vulve.

A peine l'enfant était-il extrait que la femme expira.

(DUPARCQUE, T. II, page 219).

OBSERVATION III

Hydrocéphalie. Présentation du sommet. Hydramnios, forceps, craniotomie, déchirure du col. Péritonite. Mort.

La nommée Ner..., secondipare, entre le 10 novembre à 2 heures du soir, ayant de l'œdème aux membres inférieurs (pas d'albumine). Col dévié et infléchi à

gauche, en bas et en avant. Utérus très développé, régulièrement tendu, fluctuation évidente; hydramnios.

Début du travail le 14 novembre à 6 heures du matin : contractions fortes et rapprochées; orifice souple, épais, dilaté de 2 centimètres; membranes entières et tendues au-dessus de l'orifice. Tête très élevée et très mobile.

A 11 h. 25, M^{lle} Alliot rompt les membranes car la dilatation ne fait aucun progrès (4.050 grammes). On trouve une fontanelle antérieure très large, à gauche et en avant, on n'arrive pas à la postérieure. On croit que la tête est très volumineuse parce qu'elle reste élevée après la rupture des membranes et que l'utérus a un volume considérable.

2 h. 30 : Le poulx est à 140, très obscur. Contractions utérines, devenues très irrégulières depuis la rupture des membranes. Elles cessent brusquement pendant plusieurs heures et à plusieurs reprises.

Agitation pendant la nuit, vomissements bilieux, poulx un peu accéléré.

10 heures : L'état général est mauvais; le travail dure depuis 27 heures. Inhalations de chloroforme, puis M. Trélat applique le grand forceps. Écartement de 7 centimètres entre l'extrémité externe des branches. Malgré de fortes tractions, la tête ne descend pas. M. Chantreuil perfore le crâne (310 grammes de liquide peuvent être recueillis). On fait l'extraction avec la

pince de Trélat, qui fait sortir une partie considérable de la masse encéphalique.

Délivrance naturelle.

Mort le 17 novembre.

Autopsie : Déchirure du col utérin situé en arrière et à gauche, remontant à 1 centimètre au-dessus de l'insertion vaginale. Tout le tissu utérin est divisé, mais le péritoine est intact.

Surface interne de l'utérus, putrilage noirâtre qui, au niveau de la déchirure, communique avec un foyer phlegmoneux sous-péritonéal ayant le même aspect que la muqueuse utérine. Il remonte en avant le long de la paroi abdominale antérieure et à gauche, le long de la fosse iliaque gauche, jusqu'à la partie moyenne de la région lombaire.

Dans l'abdomen on trouve un liquide purulent, baignant les circonvolutions intestinales enflammées, très vascularisées, ainsi que le mésentère et l'épiploon (péritonite).

Pas de pus dans les sinus utérins ni dans les veines des membres. Pas d'abcès métastatiques, poumons congestionnés.

(Ext. des Reg. de la Maternité, nov. 1866).

OBSERVATION IV

Présentation du sommet. — Perforation du crâne. — Déchirure sur la partie antérieure du col.

Le 23 février 1877, je suis appelé, dit le Dr Polailon, à l'hôpital Beaujon pour assister une femme d'environ 25 ans, qui est en travail depuis la veille, sans pouvoir accoucher.

Cette femme a déjà eu un accouchement spontané. On n'a pas d'autres renseignements sur cette première couche ni sur l'enfant qui est né à cette époque. On n'a pas de renseignements non plus sur les phénomènes de cette dernière grossesse.

La patiente est bien conformée. Elle est en proie à des spasmes et à des tremblements nerveux. Elle ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. La peau est froide ; son pouls faible, mais régulier. Des mucosités exhalant une odeur de putréfaction s'écoulent des parties génitales. Des selles diarrhéiques, très fétides, sont survenues depuis quelques heures. Les contractions utérines sont faibles. Le ventre est volumineux, mais ne présente rien de spécial dans sa forme. On peut soupçonner une lésion de la matrice.

Le travail dure depuis 24 heures. On a appliqué plusieurs fois le forceps. On a exercé plusieurs fois sans résultat des tractions considérables avec cet instrument. L'état de la patiente étant devenu très grave, on m'a fait demander.

Il y avait, en effet, urgence de délivrer cette femme le plus tôt possible ; mais quelle était la cause de la dystocie ? Le toucher vaginal me l'apprit bientôt. On arrivait sur des espaces membraneux très larges, séparant des pièces osseuses mobiles, lesquelles présentaient un rebord mince qui ne peut appartenir qu'à des os du crâne. Il s'agissait donc d'une présentation de la tête et cette tête était augmentée de volume par une hydrocéphalie probablement très volumineuse. Le diagnostic était des plus évidents. Mais comme l'hydrocéphalie ne se rencontre guère qu'une fois sur 3.000 accouchements, on ne pense pas à cette cause de dystocie et on la méconnaît. En outre, la palpation indiquait que la tête se présentait en O. I. G. A. le sommet appuyant sur le détroit supérieur.

Les battements cardiaques du fœtus ne s'entendaient plus depuis plusieurs heures. Je me hâtai d'appliquer un forceps de Stoltz dont le bord postérieur des cuillers était perforé et portait des liens tracteurs, afin de tirer plus exactement dans l'axe du bassin. L'application du forceps fut assez facile. Mais l'écartement considérable des cuillers indiquait que l'extraction était impossible, à moins d'évacuer le liquide de l'hydrocé-

phale. Si l'enfant avait été vivant, j'aurais fait cette évacuation avec un fin trocart enfoncé peu profondément, afin de ne pas léser le cerveau. Mais, ayant la certitude qu'il avait cessé de vivre, je me suis servi du perforateur de Blot, que j'ai introduit entre les branches du forceps et enfoncé au niveau d'une des larges sutures.

Immédiatement un flot de liquide transparent fit irruption. Le crâne, en partie vidé, permit le rapprochement des cuillers du forceps. Quelques tractions modérées, exercées, autant que possible, dans l'axe du détroit supérieur, par l'intermédiaire des liens tracteurs, amenèrent aussitôt la tête à la vulve. Le dégagement fut ensuite opéré sans difficulté. Pendant l'extraction, une certaine quantité de matière cérébrale échappa par l'ouverture de la perforation. L'enfant était développé comme un fœtus à terme. Il ne présentait aucun autre vice de conformation. Il était mort depuis plusieurs heures, mais n'était pas macéré. Le cuir chevelu présentait au niveau de la fontanelle antérieure, un commencement de putréfaction. Les fontanelles et les sutures avaient des dimensions énormes. Pour avoir une idée exacte de la capacité du crâne, j'ai enlevé toute la masse encéphalique, j'ai rempli toute la cavité crânienne d'eau, de manière à redonner à la tête son volume naturel, et j'ai pesé cette quantité d'eau avec soin. J'ai trouvé 1.190 grammes, c'est-à-dire à peu près le poids moyen d'un cerveau d'adulte.

Après l'opération qui a été prompte et facile, l'état alarmant de la mère ne s'améliora pas. Elle succomba le jour suivant. L'autopsie fut faite. On m'a appris qu'on avait trouvé une déchirure fissurique sur la partie antérieure du col de l'utérus.

(Observation extraite de la thèse de Herrgott, n° XIX.)

OBSERVATION V

Hydrocéphalie. — Rupture de l'utérus.

Une femme bossue, ayant cependant accouché déjà une fois, mais avec peine, étant devenue enceinte une seconde fois, éprouva une douleur continue sur le côté droit de l'ombilic.

Pendant le travail de l'accouchement, l'utérus se rompit en ce point et la femme mourut. La rupture avait six pouces de long, elle existait sur la partie droite du corps de l'utérus. Elle avait été produite par suite du volume énorme de la tête du fœtus. La maladie avait été reconnue par l'accoucheur. Il était sûr de la mort de l'enfant ; il proposa à la mère, pour sauver

sa vie, de perforer la tête du fœtus. Elle ne voulut pas y consentir. A l'autopsie on trouva à l'intérieur du crâne de l'enfant deux pintes de liquide.

(Commentaire de Leipzig, t. XXVI; observation rapportée dans la thèse de Herrgott).

OBSERVATION VI

**Hydrocéphalie. — Présentation du sommet. — Version. —
Déchirure de l'utérus. — Mort.**

Une indigène de Hackney, âgée de 37 ans, au terme de sa sixième grossesse et en travail, avait réclamé à une heure du matin l'assistance de son chirurgien, M. V... qui, trouvant l'orifice à peine dilaté, et reconnaissant une présentation du sommet, s'éloignait en recommandant qu'on l'appelât de nouveau dès que les douleurs seraient régulières et plus rapprochées.

A son retour, au matin, la dilatation était complète. Mais la tête donnant au toucher une consistance insolite, V... réclama l'assistance de son collègue W... A l'heure de la consultation, les douleurs étaient très peu efficaces. V... et W... crurent pouvoir s'éloigner quel-

ques instants. Un quart d'heure après, ils trouvèrent la femme, vomissant; une douleur très vive s'était manifestée et les contractions utérines avaient cessé tout à coup. Vainement le doigt cherchait-il à atteindre la tête; on ne découvrait autre chose que le placenta dans le vagin. Giles fut demandé. Il arrive à 7 heures, trouve la femme décolorée, sans pouls, presque mourante. Elle perdait un peu.

La main introduite dans l'utérus n'y trouva plus le placenta, mais constata l'existence d'une crevasse qui avait livré passage au fœtus et à travers laquelle on sentait une tête flottante et d'un volume considérable. Ce ne fut pas sans peine qu'on put arriver aux pieds; une fois saisis, ils furent facilement amenés au dehors. Quant à la tête, on ne pouvait songer à l'extraire avant d'en avoir réduit le volume. La perforation évacua un litre de sérosité. L'extraction fut facile.

La femme succomba $3/4$ d'heure après la délivrance incomplète.

A l'autopsie, on constata la présence du placenta derrière la paroi abdominale. Et une crevasse de 11 centimètres qui, du cul de sac du vagin, s'élevait à moitié de la hauteur de l'utérus.

(Hergott, thèse d'agrégat.)

OBSERVATIONS

D'hydrocéphalies diagnostiquées pendant la grossesse ou le travail par le palper.

OBSERVATION VII

Présentation de l'épaule. Hydrocéphalie diagnostiquée par le palper. Version. Issue donnée au liquide céphalorachidien par la section de la colonne vertébrale. Sortie spontanée de la tête.

La nommée L... multipare, âgée de 22 ans, dit avoir fait un avortement de 5 mois le 2 mai 1865. Elle vient à la Maternité le 20 février 1868 ayant un col court et ouvert, la tête élevée et mobile.

Par le palper abdominal, on sentait au-dessus du pubis une tumeur très volumineuse, dure, arrondie, qui était la tête ; on pensa immédiatement à une hydrocéphalie.

Les bruits du cœur s'entendaient à droite, en arrière et assez haut ; l'utérus était grandement développé ; la fluctuation des eaux était évidente.

Lorsqu'elle vint à la salle d'accouchement, le 28 fé-

vrier 1868 à 6 heures 1/2 du matin, on sentait par le palper abdominal, une partie volumineuse à droite et en bas, qui était la tête, à gauche et en haut, une partie molle qui était le siège.

On entendait les bruits du cœur fœtal au niveau de l'ombilic : l'orifice utérin était dilaté comme une pièce de cinq francs. Il était souple, épais ; la poche des eaux volumineuse et au-dessus d'elle aucune partie fœtale accessible.

A 9 heures du matin, les membranes se rompirent spontanément. Il s'écoula une assez grande quantité de liquide, et un bras s'engagea dans le vagin. La main gauche apparut à la vulve. On constata en même temps la procidence du cordon ombilical, puis l'épaule gauche qui se présentait en A. I. D.

A 9 heures, M^{me} Callé, sage femme en chef mit un lac sur le poignet, puis elle introduit la main droite et saisit un genou, qu'elle amena dans le vagin. Le membre s'étant défléchi, elle prit le pied, c'était le gauche. Elle tira sur le pied et amena le siège à la vulve.

Peu après, l'autre fut dégagé.

Madame Callé fit des tractions sur les membres inférieurs qui engagèrent le tronc.

A 9 h. 15 elle dégagea le membre supérieur gauche, puis le droit. Ensuite elle fit des tractions énergiques pour faire avancer les épaules, mais elle éprouva de grandes difficultés, parce que la tête était au-dessus du détroit supérieur.

Elle fit des tractions énergiques, sûre que celles-ci avaient causé la mort de l'enfant ; elle résolut d'attendre les contractions utérines et ne voulait agir qu'avec leur concours.

A 10 h. 15, M. Tarnier arriva et pratiqua une incision transversale sur la colonne vertébrale. Il introduisit par le canal rachidien une sonde en gomme élastique munie de son mandrin jusque dans la cavité crânienne où elle alla chercher le liquide qui s'écoula bientôt au dehors : on en recueillit 1000 grammes.

Quand la tête fut vide elle s'affaissa et sortit seule sans difficultés à 10 h. 30. On injecta la tête et on lui trouva les dimensions suivantes :

Diamètres :	O. M.	16 cent 5
	O. F.	15
	Bi. P.	14
	So. B.	14

Délivrance naturelle.

Suites de couches : incontinence d'urine et fièvre dont elle guérit parfaitement.

Elle partit le 14 mars en bonne santé.

(Obs. extraite de la thèse de Herrgott).

OBSERVATION VIII

Hydramnios, hydrocéphalie diagnostiquée par le palper, présentation du siège, section de la colonne vertébrale

(Observation recueillie par M. A. Ribemont).

Lá nommée P... âgée de 25 ans, couturière, entre au pavillon Tarnier, le 2 juin à 5 heures du soir.

Cette femme a eu antérieurement 6 grossesses qui se sont terminées : la 1^{re} et la 3^e à terme ; la 2^e à 7 mois par la naissance de deux garçons et d'une fille vivants et bien conformés. Le dernier accouchement s'est fait à la Maternité le 4 mars 1876.

Elle devient grosse une quatrième fois des œuvres de son amant, plombier.

Les dernières règles datent du 20 au 23 août 1876 ; des nausées, des lipothymies, de l'odontalgie ont troublé le cours de cette grossesse, pendant laquelle la diarrhée a alterné avec la constipation. Hémorroïdes.

Dans le courant du 7^e mois, la région sus-pubienne est devenue le siège d'un œdème assez marqué.

L'abdomen a présenté un développement considérable dans les premiers temps.

On est frappé d'abord en examinant cette femme de l'énorme distension de l'abdomen dont les parois sont infiltrées du pubis jusqu'à l'ombilic.

L'utérus très développé, renferme une quantité anormale de liquide amniotique.

Le palper ne peut être pratiqué d'une manière approfondie à cause de l'indocilité de la malade. Il donne cependant la sensation de parties fœtales dans un grand nombre de points (fœtus volumineux, mal conformé ou grossesse multiple.)

L'auscultation ne découvre qu'un centre de bruits cardiaques, siégeant au niveau et à gauche de l'ombilic.

Le doigt trouve le col non seulement entièrement effacé, mais avec une dilatation de dimensions égales à une pièce de 2 francs.

Les membranes sont entières et paraissent épaissies.

On n'atteint pas de parties fœtales.

Quelques douleurs dans les reins reviennent à intervalles irréguliers.

Cette femme reste dans le même état jusqu'au 8 juin. Ce jour là, à 7 heures du matin, le travail commence et la dilatation est complète à 6 h. 1/2 du soir ; les membranes sont intactes.

On n'atteint qu'une petite extrémité fœtale, probablement une main.

A 7 heures 15, on rompt les membranes, ce qui fait écouler un litre 350 gr. de liquide lactescent. On reconnaît exactement la présentation, extrémité pelvienne

(mode des pieds), S. I. G. A. avec procidence de la main droite.

La malade est placée sur les bords du lit ; saisissant les 2 pieds, on exerce quelques tractions pour les engager dans le vagin. Bientôt les membres inférieurs et le siège se dégagent.

Quelques instants après on vit apparaître l'ombilic.

Une anse du cordon est attirée au dehors. Celui-ci n'a plus de battements. L'enfant fait deux mouvements d'inspiration.

Voulant terminer rapidement l'extraction, on exerce quelques tractions qui amènent le thorax au dehors et on dégage facilement le bras postérieur, puis l'antérieur ; mais il est impossible de faire exécuter à la tête son mouvement de rotation en agissant sur le tronc du fœtus. Deux doigts de la main gauche introduits dans la cavité buccale, prennent un point d'appui sur le maxillaire inférieur, tandis que la main droite agit sur la nuque.

La tête resta fixe.

M. Ribemont cherche aussi à l'extraire sans plus de succès. Une application de forceps est tentée. La main droite introduite dans les parties génitales, arrive sur l'oreille droite, en arrière et au-dessus de laquelle elle rencontre une surface large, résistante, donnant la sensation d'une poche membraneuse, distendue à l'extrême par un liquide. Cette sensation ne peut guère s'expliquer que par l'existence d'une hydrocéphalie. L'impossibilité de l'extraction de la tête, le volume considérable encore

de l'utérus sont autant d'arguments qui plaident en faveur de cette opinion.

La femme est replacée dans son lit. M. Tarnier arrive à 9 h. 45. Il est frappé par le développement de l'utérus, qui offre le volume d'une matrice arrivée au 7^e ou au 8^e mois de la grossesse. La première idée qui se présente à son esprit est qu'il existe un deuxième fœtus. Mais le palper la lui fait abandonner.

En effet il ne sent pas de petites extrémités, mais trouve une tumeur régulière, sphérique, tendue plutôt que dure. Il diagnostique une hydrocéphalie, ce que confirme le toucher pratiqué avec la main.

M. Tarnier voulant donner issue au liquide contenu dans le crâne par l'ouverture du canal rachidien, essaie de sectionner la colonne dorsale à l'aide des ciseaux de Dubois, mais c'est à peine si leur pointe entame la peau. Il enfonce alors la lame d'un bistouri à droite et à gauche de la colonne vertébrale. La partie inférieure du tronc du fœtus s'abaisse aussitôt, laissant à découvrir le canal rachidien au niveau du segment supérieur de la colonne vertébrale.

Une sonde en gomme armée de son mandrin est poussée dans le canal rachidien, vers la cavité crânienne, mais aucun liquide ne s'écoule. M. Tarnier craignant que les yeux de la sonde aient été bouchés par la matière cérébrale, la retire lui-même.

Les yeux sont libres.

Il réintroduit la sonde plus profondément, et immé-

diatement un jet de liquide clair, citrin, se produit. Chaque contraction de l'utérus comprimant la tête active l'écoulement du liquide.

(Obs. extraite du *Traité du palper abdominal* de Pinard.)

OBSERVATION IX.

Hydrocéphalie : Diagnostic fait par le palper au début du travail. Ponction céphalique. Extraction à l'aide du basiotribe de Tarnier d'un fœtus de 4.290 grammes.

O..., femme S... primipare, âgée de 22 ans, entre à la Maternité de la Charité le 24 mai 1885 à 3 heures après-midi. Elle a eu des douleurs depuis 9 heures du matin. Les dernières règles datent du 6 au 10 août 1884, elle est à terme; la grossesse n'a rien présenté d'anormal.

Je vois S... le 25 mai à la visite du matin. Elle est de grande taille, ne présente aucun signe de rachitisme, aucun antécédent pathologique et paraît jouir d'une excellente santé.

Les membres inférieurs et la région sus-pubienne sont le siège d'un œdème peu prononcé : pas d'albumine dans les urines.

Le volume du ventre est considérable. Le palper montre :

1° Que l'utérus est très développé, sans tension permanente ;

2° Qu'une tumeur sphérique très grosse légèrement mobile d'un côté à l'autre, occupe la région sous-ombilicale, et ne pénètre pas dans l'excavation. On reconnaît le plan dorsal d'un fœtus se continuant en bas avec cette tumeur, en haut dans le flanc droit avec le siège et les petites parties.

La tumeur sous-ombilicale est une tête d'un volume exagéré ;

3° Qu'un seul fœtus est contenu dans l'utérus en attitude O. I. G. A.

4° Qu'il ne paraît pas y avoir hydramnios. L'auscultation fait entendre les bruits du cœur à gauche et au-dessus de l'ombilic.

Le toucher permet d'affirmer que le bassin est bien conformé.

Hier, au moment où S... est entrée dans le service, le col était effacé, l'orifice lenticulaire ne laissant pas pénétrer le doigt ; aucune partie fœtale n'était accessible par le toucher.

Les contractions douloureuses fréquentes se sont succédées toute la nuit : actuellement l'orifice atteint les dimensions d'une pièce de cinq francs, les membranes sont intactes ; au travers, on sent très haut, comme suspendue au-dessus du pubis, la tête qui donne la

sensation d'une surface plane (non d'une sphère), sur laquelle le doigt rencontre un large espace membraneux limité par du tissu osseux : c'est la suture sagittale dirigée suivant le diamètre oblique gauche du bassin ; on n'atteint pas les fontanelles.

Les renseignements fournis par le palper et par le toucher concordent à faire porter le diagnostic d'hydrocéphalie. A 3 heures, les membranes se sont rompues, la dilatation est restée stationnaire malgré les contractions très douloureuses. M. le D^r Pinard examine cette femme, fait à l'aide du palper le diagnostic d'hydrocéphalie, et nous conseille de ponctionner la tête fœtale sans plus tarder, dans la crainte de voir survenir une rupture utérine.

Les précautions antiseptiques étant prises, nous faisons une ponction avec un trocart courbe : il s'écoule une petite quantité de sang et nous recueillons 550 gr. de liquide céphalo-rachidien.

L'auscultation pratiquée pendant la ponction fait constater la cessation brusque des bruits du cœur fœtal aussitôt après l'introduction du trocart.

Nous abandonnons le travail à lui-même, laissant à la tête diminuée de volume, le temps de se mouler et de descendre dans l'excavation.

Les contractions sont peu efficaces. La tête cependant s'engage un peu, et la dilation se complète, nous permettant de terminer l'accouchement.

Il est 11 heures du soir, la malade est exténuée par un travail qui dure depuis 38 heures.

Nous prenons le basiotribe qui nous assurera une prise solide pour l'extraction. L'opération, faite sous le chloroforme, ne présente aucune difficulté et nous permet d'amener au dehors un garçon pesant 4290 gr. auxquels il faut ajouter le poids de la matière cérébrale et les 550 grammes de liquide recueillis par la ponction : intact, il pesait environ 5 kilogrammes.

La délivrance eut lieu sans incident. Les suites de couches furent normales; la température ne dépassa pas 38°.

En 1887 cette malade accoucha d'un gros enfant qui ne présentait aucun vice de conformation.

(Obs. extraite dans le *Traité du palper abdominal*, 2^e édition, page 227.

OBSERVATION X.

Secundipare, absence d'accommodation, tête volumineuse diagnostiquée par le palper. Accouchement spontané par le sommet d'un fœtus hydrocéphale vivant de 3900 grammes.

(Observation recueillie par M. VARNIER.)

C. B., 28 ans, domestique, entre le 14 mai 1885, à la

Maternité de Lariboisière, salle Sainte-Anne, lit n° 6.

Cette femme a eu un premier enfant en janvier 1876; accouchement à terme spontané, présentation du sommet, suites de couches normales. L'enfant élevé au biberon en Suisse, est vivant.

Régulièrement réglée pendant 4 jours, B. a eu ses dernières règles à la fin d'août; elle est enceinte de 8 mois environ; grossesse normale.

L'utérus est bien développé: le fœtus, vivant, n'est pas accommodé; il est extrêmement mobile.

Durant les premiers jours du séjour de B. à la Maternité de Lariboisière, on trouve par le palper la tête du fœtus tantôt dans la région sus-ombilicale, tantôt dans les hypochondres ou les flancs. Cette tête paraît au palper très volumineuse et très dure. Le peu d'épaisseur des parois abdominales permet à M. Pinard de la délimiter assez nettement, et les mensurations faites en divers sens, à l'aide du compas d'épaisseur donnent à plusieurs reprises des chiffres de 16 cent. $1/2$ et 13 centimètres.

Au commencement de juin, l'accommodation se fait. La tête revient spontanément au-dessus du détroit supérieur, où elle reste jusqu'à l'accouchement, sans qu'il soit besoin de la maintenir par la ceinture. Dans cette nouvelle situation, elle est plus difficile à explorer que précédemment et elle semble moins volumineuse que lorsqu'elle occupait le fond de l'utérus. La mensuration donne comme chiffres habituels 14-15 centimètres.

Le toucher permet de constater un commencement d'engagement, mais la région fœtale est trop élevée pour qu'on puisse sentir, au travers du segment inférieur de l'utérus, les fontanelles et les sutures ; la tête est extrêmement dure.

Pendant ces derniers temps de la grossesse, la tête ne semble pas augmenter de volume.

D'autre part, elle s'engage et il devient probable que l'accouchement se fera en O. I. G. A.

Les premières douleurs apparaissent, le 21 juin, à 10 heures du soir ; la dilatation est complète à 7 h. 1/2 du matin, le 22 ; la poche des eaux se rompt à la même heure et l'accouchement se termine spontanément à 8 heures du matin.

L'enfant, du sexe féminin, est vivant et pèse 3,900 grammes. La tête est volumineuse, très ossifiée, et les fontanelles ne présentent pas de dimensions anormales. Les principaux diamètres de la tête sont les suivants :

Occipito-mentonnier.....	15
Occipito-frontal.....	13
Bipariétal.....	10 1/2
Sous-occipito-bregmatique.....	11
Bitemporal.	9
Délivrance naturelle à 8 h. 20.	
Membranes	15 / 30
Liquide amniotique normal.	

(Obs. extraite du *Traité du palper* de Pinard).

OBSERVATION XI.

Hydrocéphalie. Présentation du siège. Tronc expulsé. Tête retenue au-dessus du détroit supérieur. Diagnostic fait par le palper. Ponction du canal rachidien.

(Obs. rédigée par M. VARNIER, interne du service).

Alphonsine Y., 26 ans, secondipare à terme, entre à la Maternité de Lariboisière, le 4 janvier 1886, à 6 heures du soir. Elle est en travail depuis 2 jours, les membranes se sont rompues spontanément aux premières douleurs. L'enfant se présente par le siège.

Le 4 janvier au matin, le siège du fœtus apparaissant à la vulve, la sage-femme, qui assistait Y. se met en devoir de l'extraire; le tronc et les membres supérieurs sont amenés au dehors, non sans peine; mais malgré tous ses efforts, la sage-femme ne peut extraire la tête. Après plusieurs tentatives d'extraction restées infructueuses, elle administre à la patiente 2 grammes de seigle ergoté.

A 4 heures du soir l'état de la patiente commençant à devenir inquiétant, un médecin est appelé en consultation et essaie d'extraire la tête à l'aide du forceps.

Deux applications de l'instrument sont tentées sans succès.

C'est alors que Y. est amenée à Lariboisière. M. Pinard est immédiatement prévenu et voit la patiente à 9 heures du soir. Elle est épuisée ; le pouls est rapide, la langue sèche, la température atteint 38° 3. Le tronc du fœtus pend entre les cuisses et commence à se putréfier ; le cou considérablement allongé, disparaît dans le vagin ; les lèvres de la vulve sont œdématisées.

Mais ce qui frappe surtout, c'est la saillie, le développement de l'hypogastre. Bien que le fœtus soit presque en entier en dehors des parties génitales, l'utérus forme encore, au-dessus de l'aire du détroit supérieur, une tumeur régulière, sphérique, remontant au-dessus de l'ombilic, remplissant entièrement le grand bassin et projetant en avant la paroi abdominale. Tétanisé par l'ergot, il a une consistance ligneuse, et on pense tout d'abord à une tumeur fibreuse ; mais on peut aisément percevoir dans cette grosse tumeur une sensation de flot.

Le cathétérisme montre que la vessie est vide.

Sans pratiquer le toucher, M. Pinard fait chercher une paire de ciseaux et une sonde métallique d'Avrard. Il sectionne en travers, à la partie supérieure de la région dorsale, la colonne vertébrale, et introduit aussi loin que possible la sonde métallique dans le canal cervical et le crâne du fœtus. Immédiatement il s'écoule par la sonde 1,500 grammes de liquide citrin.

Au fur et à mesure que le liquide s'écoule, la tumeur utérine diminue de volume, et bientôt on peut extraire sans difficultés la tête aplatie, affaissée, d'un fœtus hydrocéphale du sexe masculin pesant 3,800 gr.

Le moule de ce fœtus est conservé dans le musée de la Maternité.

Les applications du forceps faites en ville, ayant déterminé des déchirures multiples du vagin et du col, la patiente fut mise immédiatement après la délivrance, à l'irrigation continue, qui fut maintenue pendant cinq jours. Guérison sans fièvre.

(Obs. extraite du *Traité du palper abdominal* de Pinard).

OBSERVATION XII.

Hydrocéphalie. Présentation céphalique. Diagnostic fait par le palper pendant le travail. Ponction et extraction du fœtus avec le basiotribe de Tarnier.

Marie Stella T..., créole, 21 ans, primipare à terme, ressent les premières douleurs du travail le 6 novembre 1887 vers midi.

La dilatation de l'orifice tarda à se faire et ne fut complète que le 8 novembre à 9 heures du matin. La sage-femme qui assistait T... jugeant que l'accouchement ne se terminerait pas spontanément, la fit transporter à la Maternité de Lariboisière, où elle entre à 3 heures du soir.

On constate à l'entrée que le fœtus vivant se présente par l'extrémité céphalique arrêtée en O. I. G. T. au détroit supérieur non rétréci. La dilatation est complète, la poche des eaux rompue. La parturiente est très fatiguée, le pouls est rapide, la température à 38,5, langue sèche.

Par le palper, on reconnaît que le fœtus est hydrocéphale; ce diagnostic est confirmé par le toucher. Mais comme il est vivant et que le volume de la tête est peu considérable, M. Varnier, essaie de terminer l'accouchement par une application de forceps au détroit supérieur.

Il fait une prise solide sans que les branches de l'instrument soient sensiblement écartées.

Mais il s'aperçoit rapidement que les tractions ne font pas bouger la tête d'une ligne, et sans insister il retire le forceps qui n'a pas dérapé.

M. Pinard est prévenu, et arrive à 6 heures du soir. Il confirme le diagnostic d'hydrocéphalie. A ce moment l'enfant n'est plus vivant. M. Pinard applique le perforateur du basiotribe, puis ses 2 cuillers et extrait sans difficulté un fœtus de 3.200 grammes; sans

compter le liquide retiré dont le volume est de 300 centimètres cubes.

Délivrance naturelle à 8 heures. Placenta normal.

Suites de couches : phlegmatia double. Elle sort guérie le 14 février.

(Obs. extraite de la *Revue d'Obstétrique*, 1890.)

OBSERVATION XIII.

Hydrocéphalie. Présentation céphalique. Diagnostic fait par le palper et la mensuration externe pendant la grossesse. Ponction. 1,120 grammes de liquide. Accouchement spontané.

Ménagère, entrée le 18 décembre 1891 à la Clinique Baudelocque.

Rien à noter dans ses antécédents : 2 accouchements normaux. Enfants bien portants.

Dernières règles 15 février. Mouvements actifs à 5 mois.

Hauteur de l'utérus 30 centimètres (inférieure à la moyenne).

Cette femme a eu le 8 novembre une hémorragie

considérable consécutive à une rupture de varice vulvaire.

L'examen général montre l'existence de souffles anémiques, de varices des membres inférieurs et des organes génitaux.

On fait le diagnostic de présentation céphalique en O. I. D. T.

On sent au-dessus du détroit supérieur une tumeur volumineuse qui semble la tête fœtale. Avec le compas d'épaisseur de Baudelocque, M. Pinard, prend les dimensions suivantes, paroi abdominale comprise :

Diamètre vertical de la tête.....	17.5
Diamètre transversal	18.5

Il affirme alors le diagnostic d'hydrocéphalie et recommande de le prévenir aux premières douleurs.

Le 20 décembre, le travail se déclare.

A 5 heures du soir quelques petites douleurs.

A 6 heures 1/2, douleurs fréquentes.

A 7 heures 1/4, on prévient M. Pinard; à 8 heures 1/4 il fait la ponction de la tête avec un gros trocart et retire 1,120 grammes de liquide, d'abord transparent, puis teinté de sang.

La dilatation était comme deux francs.

Après la ponction, la tête commence à s'engager.

M. Pinard sent à travers le segment inférieur, en avant et à droite, un chevauchement considérable des os du crâne.

Immédiatement après la ponction, on n'entend plus les bruits du cœur.

Dilatation complète à 9 heures 45 du soir.

Expulsion du fœtus spontanée à 9 heures 55.

Le pariétal gauche chevauche sur le droit de 2 centimètres, les frontaux chevauchaient aussi, mais d'une façon moins accentuée.

Il y avait un circulaire très serré autour du cou.

Les diamètres de la tête pris après injection de liquide sont les suivants :

O. M.	18
O. F.	17.8
So. B.	14
So. F.	14.7
Bi. P.	14
Bi. T.	12.8
Bimalaire	7.5
Circonférences : So. B.	47
So. F.	44
O. F.	52

Le placenta pesait 410 grammes. Il présentait deux noyaux fibrineux à la périphérie.

Suites de couches normales.

(Obs. extraite des registres de la Clinique Baude-locque, 1891, n° 1626.)

OBSERVATION XIV.

Hydrocéphalie. Présentation du siège. Hydramnios. Diagnostic fait pendant la grossesse par le palper. Ponction du canal rachidien.

Une femme V..., âgée de 30 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 30 octobre 1893.

Elle présente des antécédents personnels et héréditaires physiologiques.

Elle est accouchée antérieurement sept fois spontanément et à terme d'enfants vivants, dont quatre sont actuellement bien portants.

Dernières règles du 10 au 13 février 1893.

Les mouvements actifs ont été perçus en juillet.

A son entrée, la hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse est de 32 centimètres.

On note dans l'examen général des varices des membres inférieurs.

L'examen obstétrical, pratiqué à l'entrée, montrent que les parois du ventre sont tendues; le liquide amniotique est en quantité exagérée; on fait le diagnostic de présentation céphalique en droite transversale; bruits du cœur à droite au-dessus de l'ombilic.

Le 24 novembre, M. Pinard fait le diagnostic d'hydro-macrocéphalie, siège en bas, hydramnios déjà considérable.

Le 27 novembre, la mensuration de la tête donne 18 centimètres de diamètre antéro-postérieur.

Le 4 décembre, la femme présente brusquement des phénomènes graves de dyspnée avec syncopes, dus à l'énorme distension de l'abdomen. On décide de provoquer l'accouchement et à 11 heures du matin on rompt artificiellement les membranes. On recueille 3,950 grammes de liquide amniotique.

Le siège se présente en S. I. G. T.

Le 5 décembre, à 10 heures du soir, elle entre à la salle de travail.

Le 7 décembre seulement, à minuit, la dilatation est complète.

A minuit 45, on administre du chloroforme.

A 1 heure, M. Pinard pose un lac sur le pli inguinal antérieur et fait des tractions. Le siège est extrait, on dégage ensuite les membres inférieurs en commençant par l'antérieur.

Après la sortie du tronc, on mesure l'utérus qui a encore 28 centimètres de hauteur. On dégage ensuite les bras, le bras postérieur d'abord.

Puis M. Pinard fait une incision à la partie moyenne de la colonne dorsale et introduit une sonde, il s'écoule 2,150 grammes de liquide céphalo-rachidien.

La tête est extraite à 1 heure 18 du matin, le 7 décembre. L'extraction a donc duré 18 minutes.

L'enfant du sexe masculin pèse 3,110 grammes (sans liquide).

Les diamètres pris après qu'on a rempli la tête de liquide sont les suivants :

O. M.....	16
O. F.....	17
So. B.....	13
So. F.....	13
Bi. P.....	15
Bimalaire	6

Sur la tête préparée, la circonférence maxima mesure 0,50, la circonférence So. B. 0,44.

La suture sagittale a 5 centimètres, la fontanelle antérieure 8 centimètres de largeur.

La délivrance eut lieu spontanément 12 minutes après.

Poids du placenta, 520 grammes.

Suites de couches normales.

(Registre de la Clinique Baudelocque, Observation 1770-1893.)

OBSERVATION XV

Hydrocéphalie. Présentation du sommet. Diagnostic fait par le palper pendant le travail. Ponction céphalique. Expulsion spontanée.

Marie B..., 24 ans, sans antécédents intéressants, secondipare entre le 15 janvier 1898 à 10 heures du soir à la salle de travail de la Clinique Baudelocque. Dès l'entrée de cette femme les contractions utérines sont très fréquentes. Le fonds de l'utérus se détache sur la paroi en 2 saillies situées l'une sur la ligne médiane à un grand travers de main au-dessus de l'ombilic, l'autre au niveau de l'hypochondre droit.

Au palper on sent la tête volumineuse remontant jusqu'à 3 travers de doigts au dessous de l'ombilic. Elle n'est pas engagée.

Au toucher on constate que la suture sagittale et la fontanelle antérieure sont élargies et fortement tendues; cette tension s'accuse au moment des contractions.

A l'entrée de la femme à la salle de travail la dilatation est de 1 franc (15 janvier 10 heures 30 du soir). M^{lle} Deliens, sage-femme de garde fait le diagnos-

tic d'hydrocéphalie. Le diagnostic est confirmé par M^{lle} Roze. La femme commence à pousser. M. Pinard trouve l'utérus très tendu, il craint une rupture utérine et ponctionne le crâne du fœtus.

La ponction donne issue à 360 grammes de liquide céphalorachidien d'abord clair puis mélangé de sang. Les battements du cœur fœtal perceptibles au moment de la ponction ne le sont plus dix minutes plus tard, aussitôt après l'évacuation du liquide céphalo-rachidien. La tête s'abaisse et le travail se termine rapidement. Le fœtus est expulsé à 2 h. 45. On constate que la perforation siège au niveau de la suture sagittale. Pendant quelques minutes le fœtus fait de légers mouvements d'inspiration.

(Observation extraite des registres de la Clinique Baudelocque, janvier 1898, n° 88.)

OBSERVATION XVI

Hydrocéphalie. Présentation du sommet. Putréfaction fœtale et physométrie. Diagnostic fait par le palper. Ponction et extraction.

Constance B..., 18 ans, entre le 13 février 1900 à la salle de travail de la Clinique Baudelocque.

Cette femme primipare a eu ses dernières règles du 7 au 10 juin 1899. La grossesse semble évoluer normalement lorsque le 10 février à 8 heures du matin les membranes se rompent spontanément. La femme n'a pas de contractions utérines douloureuses. Depuis la rupture des membranes elle ne perçoit plus les mouvements actifs du fœtus.

Le 12 février cette femme a des contractions douloureuses; frissons, élévation de température.

Elle entre à Baudelocque le 13 février à 6 heures du soir.

M^{lle} Véret qui l'examine à la consultation reconnaît une présentation longitudinale, mais ne peut préciser davantage à cause de la dureté de l'utérus.

Il s'écoule de la vulve un liquide très fétide.

Le pouls est à 112, la température à 39,2. M^{lle} Roze trouvant l'utérus tétanisé renonce à dilater le col avec un ballon de Champetier et [fait prévenir le chef de clinique.

Examen de M. Paquy, le 13 février à 9 heures du soir :

Température : 39°2; Pouls, 112; état général satisfaisant.

Ce qui frappe d'abord en examinant cette femme c'est le développement exagéré de l'utérus, qui mesure 35 centimètres, de son fond au pubis, et qui ne correspond pas à l'âge de la grossesse. L'état de tétanisation

du muscle utérin rend le palper fort difficile. On peut cependant sentir le plan résistant à droite.

En bas on trouve une partie fœtale volumineuse. Mais les sensations perçues sont trop vagues pour qu'on puisse dire si c'est le siège ou l'extrémité céphalique. Au niveau du fond de l'utérus en suivant le plan résistant on ne perçoit pas le sillon du cou. A ce niveau en percuttant on obtient une sonorité manifeste, L'auscultation est négative. Le toucher permet de faire les constatations suivantes : Excavation vide, col dilaté comme 2 francs, bords de l'orifice infiltrés, membranes rompues. Au niveau de l'orifice, le doigt arrive sur le pariétal. Poursuivant l'exploration à la recherche de la suture sagittale, le doigt arrive sur un large espace membraneux, où le doigt perçoit une sensation de tension fort nette. On ne peut pas atteindre le bord interne de l'autre pariétal. A droite on perçoit la pointe de l'occipital. Il s'écoule par les organes génitaux un liquide répandant une odeur infecte.

Diagnostic : Hydrocéphalie, putréfaction fœtale, physométrie.

A 9 heures on donne du chloroforme, on introduit successivement, un, puis 2, puis 3, puis 4 doigts dans l'orifice, de façon à porter la dilatation jusqu'aux dimensions d'une petite paume. A l'aide d'un long trocart on ponctionne la tête au niveau de l'espace membraneux, il s'écoule 1200 grammes de liquide céphalo-rachidien. On saisit le pariétal droit à l'aide d'une

pince de kyste, on attire petit à petit la tête de la vulve. On reprend une prise plus solide sur l'occipital. La nuque arrive à la vulve. On introduit alors un doigt dans la bouche et l'extraction se fait facilement. A 10 heures le fœtus est entièrement dégagé.

Délivrance artificielle. Injection intra-utérine.

(Observation extraite des registres de la Clinique Baudelocque, mai 1900.)

OBSERVATION XVII.

Hydramnios considérable (8 litres de liquide). Le diagnostic d'hydrocéphalie est fait de suite après l'expulsion du liquide. Ponction rachidienne. Version par manœuvres internes.

Constance V..., 38 ans, entre le 21 février 1901 à la clinique Baudelocque. Elle ne présente aucuns antécédents héréditaires ni personnels pathologiques.

Elle est enceinte pour la 13^e fois. 6 de ses enfants vivent, 6 autres sont morts.

Le 7 décembre 1893 elle est accouchée à la clinique Baudelocque d'un fœtus hydrocéphale en présentation du siège (Observation XVI.)

Elle est admise à la consultation avec le diagnostic

d'hydramnios, avec présentation du siège. La hauteur utérine est de 39 centimètres.

Le 14 mars à 6 heures du soir la femme est prise de douleurs. A 8 heures du matin elle est transportée à la salle de travail.

La hauteur utérine est à ce moment de 52 centimètres. A 10 heures 15 M. Paquy, chef de clinique rompt les membranes en maintenant le doigt dans le col afin que le liquide s'écoule lentement. La quantité du liquide évacué est de plus de 8 litres. La hauteur utérine est alors de 39 centimètres. A ce moment le palper permet de faire le diagnostic de siège décomplété mode des fesses, dos à gauche.

La tête fœtale est volumineuse, mesurée à travers la paroi abdominale avec le compas d'épaisseur, elle présente un grand diamètre transversal de 18 centimètres.

Successivement M. Paquy, M. Couvelaire et la sage-femme en chef posent le diagnostic d'hydrocéphalie probable. Ce diagnostic est confirmé par M. Pinard.

La dilatation progresse lentement, à minuit elle est d'une grande paume. M. Paquy est prévenu, on prépare tout pour la ponction rachidienne. La femme mise en position obstétricale en travers du lit est chloroformée. A 1 heure 15 la dilatation est complète. M. Paquy abaisse le pied antérieur et extrait facilement le tronc. La hauteur utérine est de 31 centimètres.

On incise longitudinalement les téguments recouvrant la colonne dorsale ; on la sectionne transversalement et on introduit par le canal rachidien un trocart dans la cavité crânienne. Il s'écoule 640 grammes de liquide ; la tête est extraite ensuite avec la plus grande facilité.

Délivrance artificielle. Injection intra-utérine.

Le fœtus présente des malformations congénitales multiples : Bec de lièvre, doigts surnuméraires au pied et à la main gauches, hernie ombilicale, arrêt de développement des organes génitaux.

(Observation extraite des registres de la Clinique Baudelocque. 1901 n° 498).

OBSERVATION XVIII

Hydrocéphalie. Diagnostic fait pendant le travail par le palper. Ponction crânienne. Expulsion spontanée.

Eugénie V..., 26 ans, entre le 27 avril à 6 heures du soir à la salle de travail de la Clinique Baudelocque. Elle ne présente pas d'antécédents personnels ni héréditaires intéressants. Elle est enceinte pour la cinquième fois. Seul le dernier de ses enfants vit, les autres sont morts en bas âge.

A son entrée on constate au palper une tête qui commence à se fixer, dos à droite, enfant vivant. Au toucher la dilatation est de cinq francs, les membranes sont intactes, la poche des eaux est volumineuse.

M. Paquy examine cette femme et trouve au détroit supérieur une tête volumineuse.

Il pense immédiatement à une hydrocéphalie fœtale. Le toucher confirme pleinement son diagnostic. La fontanelle antérieure très large est à gauche, la suture sagittale est également élargie. A travers la paroi abdominale on mesure la tête : elle présente un grand diamètre transversal ou 14 cent. 5.

A 7 heures du soir au moment où la dilatation est d'une petite paume, M. Paquy ponctionne le cuir chevelu au niveau de la fontanelle postérieure. Il s'écoule 1200 grammes de liquide rouge. La tête s'engage et la femme expulse à 7 h. 15 du soir un garçon de 1990 grammes.

(Observation extraite des registres de la Clinique Baudelocque, 1901, n° 738.

OBSERVATION XIX

Hydrocéphalie. Présentation céphalique. Diagnostic fait par le palper. Ponction et extraction.

Pierrine N..., 21 ans primipare, entre le 5 octobre 1901, à 9 h. 45 du matin à la Clinique Baudelocque.

Cette femme entre au dortoir le 4 octobre à 10 heures du matin ; à 9 h. 30 les membranes se rompent et les douleurs commencent.

Le 5 octobre à 9 h. 45 du matin la femme est montée à la salle de travail. On constate : au palper, une tête en bas débordant assez considérablement la symphyse, le dos est à gauche, le siège au fond de l'utérus.

Au toucher on constate que les membranes sont rompues, la dilatation est de 2 francs. La bosse séro-sanguine est volumineuse. On sent derrière elle et à droite une fontanelle qui paraît très large. Les contractions sont peu fréquentes.

A 7 heures la dilatation est de 5 francs.

Toute la nuit la femme reste dans le même état, les contractions sont toujours faibles et très espacées malgré les injections.

A 7 h. 1/2 les contractions deviennent plus fréquentes, la bosse séro-sanguine a augmenté et descend dans l'excavation. Les bruits du cœur fœtal sont normaux.

Le 6 octobre à 10 heures du matin, la dilatation est complète, la tête déborde toujours au détroit supérieur. M. Varnier mesure la tête fœtale à travers la paroi abdominale et trouve pour son diamètre maximum 16 centimètres. Au toucher il rencontre une vaste bosse séro-sanguine derrière laquelle, la fontanelle postérieure qui est à gauche, très élargie, et la suture sagittale également très élargie, comme deux doigts. M. Varnier fait mettre la femme en travers du lit et après une injection vaginale il perfore avec le trocart le crâne du fœtus.

On recueille 780 grammes de liquide. M. Paquy vide la vessie et avec 2 pinces de Museux appliquées sur les parois craniennes du fœtus il fait des tractions. Il extrait ainsi facilement la tête et de suite après le tronc du fœtus.

Délivrance artificielle, injection intrautérine.

OBSERVATION XX

Hydrocéphalie. Présentation du sommet. Diagnostic fait par le palper pendant la grossesse. Ponction. Expulsion spontanée.

Gabrielle G..., 24 ans, tertipare, sans antécédents pathologiques médicaux, ni obstétricaux, entre au dortoir de la clinique Baudelocque le 8 novembre 1903.

Cette femme ayant eu ses dernières règles du 24 au 28 janvier et par conséquent à terme arrive à la Clinique Baudelocque le 8 novembre 1903 à 8 heures du matin, souffrant depuis 6 heures du matin de légères douleurs. Elle est d'abord examinée par la sage-femme de consultation, qui fait par le palper le diagnostic de grosse tête.

Elle est placée au dortoir, où M. le Dr Sauvage, chef de clinique adjoint fait le diagnostic d'hydrocéphalie.

M. Pinard l'examine à son tour et confirme le diagnostic : le palper lui permet de constater l'existence dans l'abdomen d'un fœtus présentant une tête volumineuse, qui déborde considérablement le bord supérieur du pubis. Le diamètre mesuré du front à l'occiput

est de 19 centimètres. Le dos est à gauche, les bruits du cœur sont bons.

Au toucher il trouve la tête élevée, le col non effacé, et à travers le segment inférieur il peut sentir la suture sagittale considérablement élargie et distendue.

A midi les douleurs s'accroissent, le col s'efface et commence à se dilater. Cette dilatation marche d'ailleurs rapidement, M. Delestre averti à 3 heures du soir trouve à 5 heures une dilatation à peu près complète.

A l'aide d'un long trocart, M. Delestre perfore d'abord la poche des eaux, puis, croyant reconnaître au centre du bassin la fontanelle antérieure très large, il enfonce le trocart. Il s'écoule par saccades 520 grammes d'un liquide clair, citrin. Vers la fin s'écoule une certaine quantité de sang pur. Il voit le trocart remonter alors dans le vagin paraissant entraîné en haut et vers la gauche comme si la tête se défléchissait.

L'engagement se fit spontanément, mais lentement. La femme accoucha à 1 h. 45 du matin d'un enfant mort. Les suites de couches furent normales.

(Obs. extraite des registres de la Clinique Baudelocque, novembre 1903, n° 1873).

OBSERVATION XXI

Hydrocéphalie. Ponction sur fœtus mort. Diagnostic fait par le palper au 7^e mois de la grossesse.

La nommée...? (N^o 960), âgée de 23 ans, primipare, entre le 25 mars 1902 à la Maternité.

Elle ne présente aucun antécédent pathologique ni personnel, ni héréditaire.

Elle est réglée à 15 ans; depuis régulièrement (5 jours).

Grossesse actuelle : D. R. 15 juin? Rien de particulier à signaler pendant son cours.

Elle vient consulter à la Maternité pour s'y faire hospitaliser le 25 mars 1902. Elle est admise ce même jour au dortoir n^o 1.

A l'examen, cette femme présente une taille petite. Elle mesure 1 m. 49. Ses bosses frontales sont un peu saillantes. Néanmoins le squelette est normal. Son utérus est développé comme pour une grossesse de 7 mois, remontant à 27 centimètres au-dessus du pubis. La circonférence abdominale par l'ombilic est de 80 centimètres.

Au palper, la sage-femme de consultation constate

une tumeur peu résistante, volumineuse, surplombant fortement le détroit supérieur.

Le siège est au fond de l'utérus, les membres paraissent peu développés, comparativement aux dimensions du pôle céphalique.

La tête forme au-dessus du pubis une saillie volumineuse s'élevant à 13 centimètres au-dessus de la symphyse. Son diamètre transversal, mesuré avec le compas d'épaisseur est de 14 centimètres. L'enfant est vivant.

La sage-femme de consultation en présence des dimensions anormales de cette tête, étant donné l'âge de la grossesse, pense à une hydrocéphalie.

Le promontoire est à peine accessible, le bassin est normal. Le col est fermé.

Cette femme est examinée par la sage-femme en chef M^{lle} Heinault qui la palpe à son tour et porte le diagnostic ferme d'hydrocéphalie.

M. Porack voit cette femme le 1^{er} avril, il mesure la tête à nouveau.

Le diamètre vertical est de 16 centimètre, soit 3 centimètres de plus que le 25 mars. Le diamètre transversal est de 15 centimètres $1/2$, soit 1 centimètre $1/2$ de plus qu'à son entrée.

Le 5 mai, la hauteur de l'utérus est de 37 centimètres, la hauteur de la tête au-dessus du pubis est de 15 centimètres. L'enfant est vivant; le col est long.

Le 9 mai elle ressent les premières douleurs de l'ac-

couchement : on va l'examiner au dortoir. On reconnaît le début du travail et on la descend à la salle d'accouchements. Il est 8 heures du soir. Elle reçoit les soins ordinaires.

La dilatation est lenticulaire, l'auscultation est négative; depuis 3 jours la malade ne sent plus remuer le fœtus.

Le palper fait percevoir nettement la crépitation des os du crâne.

Les contractions sont faibles et très espacées.

Le 10 mai à 9 heures du matin, même état. M. Porack constate à nouveau une tête élevée, surplombant largement la saillie pubienne. La dilatation est de 2 francs. A travers l'orifice du col s'insinue la poche des eaux qui bombe fortement dans le vagin.

A 11 heures du matin, les membranes se rompent spontanément, laissant s'écouler un liquide verdâtre et épais.

Au toucher, le doigt arrive sur une partie fœtale, mollassse, pâteuse, qui semble vouloir s'engager.

A midi M. Porack fait une ponction à l'aide d'un long trocart. Le liquide qui s'écoule est rouge, noirâtre, épais, mélangé de substance cérébrale. La quantité écoulée est de 300 grammes.

Les contractions deviennent plus énergiques.

A 12 h. 45 la dilatation est complète.

A chaque contraction les os apparaissent à la vulve, en même temps un liquide verdâtre mélangé de ma-

tière cérébrale et de liquide céphalo-rachidien s'échappe de la vulve.

A 1 heure le fœtus est expulsé sans autre difficulté. C'est un enfant de 350 grammes ne présentant aucune malformation.

Les suites de couches sont normales.

(Obs. extraite des registres de la Maternité, mai 1902).

OBSERVATION XXII.

Hydrocéphalie : Diagnostic fait par le palper pendant le travail. — Ponction et accouchement spontané d'un fœtus mort.

M... multipare, journalière, 42 ans. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires pathologiques.

Réglée à 18 ans, régulièrement depuis.

Elle a eu 8 grossesses et suites de couches normales.

Ses dernières règles datent de la fin d'août, ce qui la fait enceinte de 8 mois $1/2$.

La grossesse évolua normalement jusqu'au 5^e mois. A cette époque elle eut une grande peur. Depuis ce moment elle présente une série de symptômes nerveux, entre autres une série d'étouffements fort pénibles. Ce-

pendant ces troubles s'améliorèrent rapidement et au 6^e mois de sa grossesse elle vint consulter à la clinique Tarnier où on la reconnut en bon état; sa grossesse était normale.

Le 4 mai à 3 heures du soir, rupture des membranes, mais la parturiente ne ressent aucune douleur. On appelle une sage-femme, celle-ci l'examine sommairement; elle constate que le travail est peu avancé et demande à être rappelée quand cette femme souffrira régulièrement.

Le 8 mai seulement apparaissent les premières douleurs, on mande la sage-femme. Celle-ci constate que le travail progresse mal, elle suspecte une anomalie et envoie cette femme à la Maternité.

A l'examen on constate au palper une tête volumineuse qui surplombe fortement le rebord symphysien. La tête n'est pas engagée, elle semble posée sur le détroit supérieur. On fait le diagnostic d'hydrocéphalie.

Le toucher confirme ce diagnostic. Il fait percevoir un col œdématisé, surtout au niveau de la lèvre antérieure; la bosse séro-sanguine est volumineuse. Les sutures du crâne fœtal sont élargies, comme deux travers de doigts.

La dilatation est de 5 francs; les membranes sont rompues.

Mad. la sage-femme en chef prie M. l'interne de pratiquer la ponction. Celle-ci est exécutée au moyen d'un

long trocart. On recueille 510 grammes de liquide céphalo-rachidien.

Puis la tête s'engage à chaque contraction et en quelques secondes apparaît à l'orifice vulvaire.

A 1 h. 45 la tête est dégagée en rotation externe, le tronc en rotation interne. L'extraction du fœtus est terminée sans difficulté. La femme perd un peu de sang.

Délivrance artificielle, placenta 520 grammes.

Injection intrautérine chaude, jusqu'à cessation de l'hémorragie.

Pouls = 100, température 37, 5.

Le 20 mai la femme quitte la Maternité en bonne santé.

(Obs. extraite des registres de la Maternité 9 mai 1903. N° 1074.)

LISTE DES OUVRAGES CONSULTÉS

- Auvard*. — Traité pratique d'accouchements. 4^e édition.
- Baudelocque*. — Des maladies du fœtus faisant obstacle à l'accouchement.
- Benkiser et Hofmeier*. — Beiträge zur Anatomie des schwangeren und kreissenden uterus (n^o 8617).
- Bertino*. — Contribution à l'étude de l'anencéphalie et de l'hydrocéphalie dans l'accouchement. Milan, 1900. XXII.
- Blot*. — Nouvelle application de l'auscultation au diagnostic d'hydrocéphalie pendant le travail. (Mémoires de la Société de Biologie. 1853.)
- Bonnaire*. — 1^o Des ruptures vésico-utérines dans le travail de l'accouchement. (Archives de Tocologie de 1891);
2^o (Journal de Médecine de Paris. 4 mars 1894).
- Bourdin*. — Diagnostic du volume fœtal, de la tête en particulier. Thèse de Paris 1885-86.
- Brossard*. — Etude sur le traitement de l'utérus, se

produisant pendant le travail et l'accouchement.
Thèse de Paris 1889-90.

Budin. — Journal des Praticiens. 6 février 1904.

Charpentier. — Traité d'accouchement. Paris. 1890.

Chassinat. — De l'hydrocéphalie du fœtus, considérée
comme obstacle à l'accouchement. (Gazette médicale
de Paris, 1864. Pages 442, 455, 556, 588, 668, 696,
745, 751, 808.

Demelin. — Documents pour servir à l'histoire ana-
tomique et clinique du segment inférieur de l'utérus.
Thèse de Paris. 1897-1898.

Dugès. — Mémoire sur les obstacles apportés à l'ac-
couchement par la mauvaise conformation du fœtus.
(Mémoires de l'Académie royale de Médecine, 1828.

Duparque. — Traité des ruptures de la matrice.

Fauvel. — Des différents modes d'intervention, dans
les cas de dystocie par hydrocéphalie. Thèse de Paris.
1898-1890.

Herrgott (A.). — Des maladies fœtales qui peuvent
faire obstacle à l'accouchement. Thèse d'agrégation.
Paris 1878.

Haine. — Ruptures de l'utérus. (Journal de médecine.
Tome CXIX.).

Joulin. — Des cas de dystocie appartenant au fœtus.
Thèse de concours. Paris. 1863.

Labusquière. — Des ruptures utérines dans le travail à
terme. Thèse de Paris. 1883-1884.

La Motte (de). — Traité complet des accouchements
1721.

Lepage. — Cours d'obstétrique fait à la Faculté de Paris. 16 juin 1904.

Mattei. — Essai sur l'accouchement physiologique 1855.

Marchal (Ed.). — Etude du palper abdominal dans ses applications au diagnostic de la grossesse.

Marie et Cluzet. — Pelvimétrie radiographique. (Archives médicales de Toulouse, 1900, VI.

Narich. — Le diagnostic et le pronostic de la dystocie par hydrocéphalie fœtale dans les cas où la tête reste dernière. (Rapporté par M. Porak. — Bulletin de l'Académie de médecine de Paris. 1900., s. s. XLIII.

Ouvrier. — Thèse inspirée par Depaul : De l'hydrocéphalie. Paris. 1869.

Pinard. — Traité du palper abdominal, 1^{re} édition. Paris. 1878 (n° 43078).

— Traité du palper abdominal, 2^e édition. Paris 1889.

— Rapport du congrès de Moscou, 1898.

Pouillet. — De l'hydrocéphalie fœtale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Thèse d'agrégation de Paris. 1880,

Pozzi. — Manuel théorique et pratique d'accouchement. 1902.

Pujol. — Rapport du pied-bot congénital avec l'hydrocéphalie et l'hydrorachis. Thèse de Paris 1889-1890.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Rivet. — De la viabilité du nouveau-né à propos de l'hydrocéphalie anencéphalique. (Progrès Médical, 7 juin 1884.

Sergent. — De l'hydrocéphalie. Thèse de Paris, 1896-1897. (Tome 41.)

Simpson. — Du danger de la rupture de l'utérus dans l'hydrocéphalie. Obstétrical Works. Traduit par Chantreuil.

Smellie. — Traité de la pratique des accouchements. 1771. Tome III.

Tarnier. — Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire. Thèse de concours. Paris. 1860.

Tarnier-Chantreuil et Budin. — Traité d'accouchements.

Van Huevel. — Revue médico-chirurgicale. 1849.

Varnier. — Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'Enfance. 1890.

— Cours d'obstétrique de la Faculté de Paris, 3 avril 1895.

CONCLUSIONS

Par le palper systématiquement et méthodiquement appliqué à toutes les femmes au cours des derniers mois de la grossesse et du travail, le diagnostic d'hydrocéphalie peut être porté dans tous les cas, quelle que soit la présentation.

Pas un des cas d'hydrocéphalie observé à la Clinique Baudelocque depuis 1889, n'a été méconnu pendant la grossesse ou le travail. Le diagnostic a toujours été fait par le palper, souvent par lui uniquement, quelques fois complété par d'autres procédés d'investigation. Les présentations du siège ont été diagnostiquées aussi bien que celles du sommet.

Dans les cas où le diagnostic reste douteux, l'accoucheur doit surtout s'attacher aux renseignements fournis par le palper comparé des deux pôles fœtaux.

Le palper, envisagé comme mode d'investigation pour déceler l'hydrocéphalie, donne toujours les mêmes résultats partout où il est appliqué méthodiquement, ainsi que le prouvent les observations que nous avons pu recueillir en dehors de la Clinique Baudelocque.

Le Président de la Thèse,

PINARD.

VU :

Le Doyen,

DEBOVE.

VU et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur

de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

